



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

MÉMOIRE DE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

l'Université Claude Bernard — Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse

Influence de la lactation induite des couples lesbiens dans leur coparentalité

VARRAUD Anaëlle

Née le 10 avril 2003

Mémoire soutenu en mai 2025

AZCUE Mathieu, Sage-femme, Docteur en sociologie, Directeur de mémoire

MICHEL Myriam, Sage-femme enseignante, Guidante du mémoire

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Mathieu AZCUE, pour son encadrement et ses précieux conseils tout au long de ce travail. Son expertise et ses recommandations ont été une aide précieuse dans la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite également remercier chaleureusement ma guidante de mémoire, Myriam MICHEL, pour son accompagnement et son soutien à toute épreuve, qui ont été d'une grande aide. Vous avez su enrichir ma réflexion pendant l'élaboration de ce mémoire, mais aussi pendant ces quatre années à vos côtés.

J'adresse un grand merci à mon école de sage-femme de Bourg-en-Bresse, ainsi qu'à l'ensemble des formatrices qui m'ont accompagné durant ces quatre années, Emilie ETHEVENOT, Bérangère SEVELLE, Myriam MICHEL et Paola BONHOURE, qui ont su transmettre leur savoir et leur passion avec engagement et bienveillance. Grâce à vous, j'ai pu grandir et évoluer tout au long de ma formation.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux femmes qui ont accepté de répondre à mon enquête, plus largement à toutes les personnes qui se sont intéressées à cette thématique, et qui ont contribué, de près ou de loin, à nourrir ma réflexion. Une pensée particulière pour le couple de femmes qui m'a inspiré ce choix de sujet et sans qui ce mémoire n'aurait peut-être jamais vu le jour.

Merci à mes amies de promotion, Sara, Elisa, Virginie, Clara, Manon-Lise et Marion, avec qui j'ai partagé ces années intenses, riches en émotions et en souvenirs. Merci également à mes amies d'enfance. Votre soutien et votre amitié ont su me porter tout au long de cette aventure.

Enfin, ma plus grande reconnaissance revient à ma famille. Merci à ma mère et mon père pour leur patience et leur amour inconditionnel. Merci à mon frère, pour son soutien à toute épreuve, et ses blagues réconfortantes. Je tiens également à remercier ma sœur, pour toutes ses heures de relectures et son amour inépuisable. Enfin, merci à Laure, Justine et Solène pour leur présence indéfectible tout au long de mes études, et de ma vie. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagnée dans cette belle aventure.

SOMMAIRE

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	1
1 INTRODUCTION	3
1.1 Présentation de la « Leche League ».....	3
1.2 Physiologie de l’allaitement maternel.....	4
1.3 Le protocole « Newman »	4
1.4 Historique de la lactation par autrui	6
1.5 Les différentes méthodes de procréation pour un couple lesbien	8
1.6 Matériel et méthodes	10
2 Le corps comme lieu de la légitimité parentale	13
2.1 L’expérience fondamentale du corps dans la maternité	13
2.2 La légitimité par le droit et par le corps	14
2.3 Le corps à corps avec l’enfant	18
3 Réinventer l’organisation familiale dans un foyer lesboparental	19
3.1 Nouvelle organisation au sein du foyer : un équilibre à construire	19
3.2 Une préoccupation du nourrissage mieux partagée ?	21
4 CONCLUSION	24
5 BIBLIOGRAPHIE.....	26
ANNEXES.....	30

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : autorisation de mise sur le marché

AMP : aide médicale à la procréation

FIV : fécondation in-vitro

GPA : gestation pour autrui

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

LLF : Leche League France

LLI : Leche League International

PACS : pacte civil de solidarité

RIPH : recherche impliquant la personne humaine

ROPA : réception d'ovocytes de la partenaire

1 INTRODUCTION

C'est lors d'un stage en cabinet de sage-femmes libérales durant ma troisième année d'études de maïeutique, que j'ai découvert ce qu'était le processus de lactation induite. La sage-femme et moi avons accompagné un couple de jeunes femmes, dont la future mère sociale, souhaitait allaiter leur futur enfant. Lors de notre première rencontre, je me suis retrouvée face à elles, ne connaissant rien à cette pratique. L'émergence d'une question phare m'est alors venue en tête : comment accompagner au mieux ces femmes dans leur projet, alors qu'on ne connaît rien à cela ? De nombreux professionnels doivent se trouver dans le même cas de figure. Il serait important d'accorder une attention particulière à ce sujet, d'où le choix de ce mémoire, en raison de sa pertinence particulière dans la société contemporaine. Il semble important, en tant que future sage-femme, de s'intéresser à cette nouvelle pratique de lactation induite. L'accompagnement à l'allaitement est une des missions importantes d'une sage-femme. L'allaitement représente souvent un sujet singulier au sein des foyers accueillant un enfant. Notre rôle, en étant aux premières loges des premiers temps de vie d'un enfant, à travers l'accompagnement à la naissance, à la maternité, puis en visite à domicile, est d'accompagner au mieux ces familles. Pour les familles homoparentales, où les modèles sont rares, notre mission est d'autant plus importante.

1.1 Présentation de la « Leche League »

Avec la rareté de ses modèles, les couples sont incités à rechercher des témoignages de couples ayant pratiqué la lactation induite. En effet, elles essayent de trouver des récits d'expérience, afin de pouvoir se projeter. De cette façon, des sites internet reconnus, à l'instar de la « Leche League France » (LLF), ont créé des forums afin de permettre à ces femmes de s'aider entre-elles (Christelle, bénévole LLF, 2020). La LLF appartient à la « Leche League Internationale » (LLI). Cette organisation a vu le jour aux Etats Unis. Elle a été créée par sept femmes souhaitant apporter aides, informations et conseils aux femmes allaitantes (Christelle, bénévole LLF, 2015a). Aujourd'hui, elles comptent plus de 320 animateurs et animatrices bénévoles. Ils possèdent différents moyens d'informations : à travers leur site web, des réunions d'informations, des formations proposées aux professionnels, des publications, des conférences... Leurs buts sont d'enrichir la connaissance des femmes en matière d'allaitement, de promouvoir l'allaitement, de favoriser la recherche, mais surtout d'aider ses femmes allaitantes (Christelle, bénévole LLF, 2015b). Des utilisateurs se sont alors inspirés de cette idée de forum, en créant alors d'autres groupes de témoignages. Par exemple, la page Facebook « *Ma Lactation Induite - Allaiter un enfant adopté / Né par GPA / Comaternité* », où a été recrutée une partie des couples de cette étude.

1.2 Physiologie de l'allaitement maternel

Chaque femme est physiologiquement constituée pour allaiter. A l'accouchement, les hormones progestérone et œstrogène chutent brutalement : la prolactine est alors sécrétée par l'antéhypophyse. Puis, l'ocytocine est sécrétée par la posthypophyse. Elle provoque la contraction des cellules myoépithéliales des acini de la glande mammaire au moment de la tétée : le lait est alors propulsé des alvéoles vers les canaux et les sinus lactifères. L'arc réflexe est obtenu : la succion du mamelon crée une excitation neuro-hormonale au niveau hypothalamo-hypophysaire provoquant le réflexe ocytocique. A chaque tétée, il se produit une décharge de prolactine qui favorise la synthèse du lait. Par la suite, la régulation du volume de lait se fait via l'efficacité et la fréquence d'extraction du lait, via les stimulations de la glande mammaire (succion de l'enfant ou tire-lait) (Goldfarb et al., 2022). C'est avec ces bases physiologiques du corps féminin que le docteur Jack Newman a rédigé le protocole portant son nom, afin de permettre aux femmes n'ayant pas porté de grossesse, de pouvoir allaiter. Il explique la nécessité de prendre une pilule contraceptive combinée, ainsi que de la dompéridone, combiné avec des séances de tire-allaitement (Goldfarb et al., 2022). Avant de décrire le protocole et ses spécificités, intéressons-nous aux différents acteurs de ce protocole.

1.3 Le protocole « Newman »

Premièrement, la prise de pilule contraceptive combinée est utile pour apporter à la fois de l'œstrogène et de la progestérone. Il est important de prendre une pilule en continu, sans les comprimés placebo. Le Dr Newman décrit qu'idéalement la pilule devrait contenir « au moins 1 mg de progestérone (2 mg serait préférable) et pas plus de 0,035 mg d'œstrogène », puisque « beaucoup de femmes se sont aperçues que des doses plus élevées d'œstrogène sont inefficaces ». Cependant, le choix de pilule en fonction du dosage en progestérone n'a pas réellement été étudié, il sera considéré que cela ne ferait probablement pas de grande modification quant à la productivité de lait. L'arrêt de pilule suivie de la prise de dompéridone et des séances de tire-lait simulerait la chute d'hormones qui se passe après une grossesse, et donc induirait une montée de lait (Goldfarb et al., 2022). Puis de manière concomitante, une prise de dompéridone est recommandée. Ce médicament possède une autorisation de mise sur le marché en tant qu'antiémétique, pour soulager nausées, vomissements, dyspepsie ainsi que les remontées gastriques. Cet antagoniste de la dopamine, autorisé en France depuis 1980, présente dans ses effets secondaires, une augmentation de la prolactinémie (Armoiry, 2023). Elle ne possède pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France pour l'utilisation pour l'allaitement. Pour cause, de nombreuses controverses sont présentes concernant cette molécule : elle aurait des effets indésirables cardiaques associés à sa consommation, tels que « l'allongement de l'intervalle QT (à l'électrocardiogramme), des torsades de pointes, une arythmie ventriculaire grave voire une mort subite » (VIDAL, 2025). C'est pourquoi la prescription médicale de cette molécule doit

être étudiée « au cas par cas » (Armoiry, 2023). Au vu des nombreux effets indésirables, il y a un contrôle quant à la posologie de prise de la dompéridone. Le Dr Newman conseille de démarrer par une dose de 10 mg quatre fois par jour pendant une semaine, ensuite d'augmenter à 20 mg quatre fois par jour, dose maximale quotidienne de la molécule (Armoiry, 2023; VIDAL, 2025). A la suite de cette préparation, afin d'imiter le processus physiologique de l'allaitement, des séances de tire-lait sont recommandées afin de stimuler l'arc hypothalamo-hypophysaire, et de créer le réflexe ocytocique, pour produire du lait maternel (Goldfarb et al., 2022). Ces séances sont recommandées pendant la grossesse. De cette manière, des stocks de lait peuvent déjà être fait, afin d'anticiper l'arrivée de l'enfant. De manière complémentaire, des conseils hygiéno-diététiques peuvent être donnés aux femmes ayant ce souhait de lactation induite. Par exemple, on observe une importance particulière en matière d'hydratation. Il est recommandé de boire au moins 6 à 8 verres par jour, d'éviter les boissons qui contiennent de la caféine, car elles accélèrent « l'excrétion de liquide », et donc freinerait la production de lait, car moins de liquide disponible pour le lait maternel. Les herbes telles que le chardon béni, ou les graines de fenugrec peuvent être proposées, en tant que galactogènes, qui augmentent la production de lait. Prendre 3 capsules de chacune de ces herbes trois fois par jour, respectivement de 390mg et 610mg, est recommandé (Goldfarb et al., 2022).

Pour faciliter la mise en place de cette technique au sein des foyers, Newman a donc rédigé un protocole qu'il décline en deux approches : un protocole classique et un protocole accéléré (Goldfarb et al., 2022). Pour le protocole classique, il recommande de débiter six mois avant le terme en prenant la pilule combinée quotidiennement, associée à la prise croissante de dompéridone, comme expliquée auparavant. A ce moment-là, les seins se gonflent et il ne faut pas exprimer le lait. Puis six semaines avant la naissance, il écrit l'importance de stopper la prise oestroprogestative tout en continuant de prendre la dompéridone, au moins jusqu'à la naissance du bébé et même après. Simultanément, les séances de tire-lait pourront démarrer : « pendant 5 à 7 minutes en position inférieure ou moyenne du réglage, puis massage des seins, puis de nouveau 5 à 7 minutes, toutes les trois heures, au moins une fois pendant la nuit ». L'importance d'une séance minimum nocturne est corrélé au pic de prolactine pendant la nuit de 1 heure à 5 heures. Après la naissance, il est possible que la dompéridone nécessite d'être prise pendant toute la période d'allaitement, à la dose de 20mg, quatre fois par jour, jusqu'au sevrage de l'enfant. Donner le sein « le plus tôt possible » est recommandé. Il est conseillé d'exprimer du lait pendant 10 min après la tétée, afin de continuer la stimulation. Pour celles qui ont moins de temps pour se préparer au projet de lactation induite (découverte tardive de l'existence de la lactation induite, choix tardif...), il existe le protocole « en accéléré ». La production de lait pourrait être « sensiblement plus basse » avec ce protocole, mais l'enjeu est plus l'allaitement que le lait maternel. Newman insiste sur le fait qu'il faudrait au moins un mois complet de prise de pilule combiné sans interruption, associé avec 20mg de dompéridone, quatre fois par jours. Par la suite, il faudra qu'elles

restent attentives à un « changement dans les seins » dans les 30 jours après la prise de pilule. Dans ce cas, il faudra passer à l'étape suivante : celle d'arrêter la prise de pilule, tout en continuant la prise de dompéridone et en commençant les séances de tire-lait, comme énoncées auparavant toutes les 3h, au moins 1 fois la nuit. Ces protocoles sont par ailleurs remis en question, puisqu'ils n'ont pas fait l'objet d'études randomisées. Une enquête concernant 228 mères indiquait que « seulement 30% avaient une production de lait suffisante pour leur bébé », et que pour elles « la durée de l'allaitement était comprise entre 0 et 30 jours ». Une fois l'enfant né, il ne conseille pas spécialement un déroulé particulier, hormis le fait « d'exprimer du lait pendant 10 min après la tétée, afin de continuer la stimulation » (Goldfarb et al., 2022). En pratique, les femmes interrogées ont toutes eu l'information par leur médecin ou par les sages-femmes, de démarrer à la maternité, en donnant le sein de la mère ayant porté la grossesse, si elle souhaite allaiter, puis après 24h de vie, ou bien une fois la montée de lait arrivée et l'allaitement bien lancé, démarrer avec la mère sociale. Pour la plupart, elles démarraient quand même toutes les deux à la maternité en donnant le sein, une fois sur deux, l'une après l'autre. Parfois, chez certaines d'entre elles, lorsque l'une donnait, l'autre tirait son lait, pour maintenir la stimulation.

1.4 Historique de la lactation par autrui

Malgré l'émergence de cette pratique, le fait d'allaiter sans être la mère biologique, est en réalité un procédé courant. D'une part, historiquement, dès l'Antiquité puis au XVIIIe siècle avec les nourrices, l'allaitement au sein par une tierce personne constituait un socle solide quant au développement de l'enfant (Le Luyer & Le Luyer, 2004). Dès l'Antiquité, en Egypte antique les femmes nobles engageaient des nourrices pour allaiter leur enfant, dans le but de préserver leur sein. Elles qui étaient initialement esclaves, devenaient alors des femmes vénérées et respectées (Le Luyer & Le Luyer, 2004). Par exemple, « Maïa », nourrice de Toutankhamon était également appelée la « nourrice royale » (Zivie, 1998). De plus, à Ebla, ville antique située dans l'actuelle Syrie, les nourrices étaient plus que respectées, elles devenaient membre de la famille à part entière, et donc membre de la cour (Biga, 1997). Puis, en Grèce antique, à la manière d'Euryclée pour Ulysse, les nourrices avaient pour mission de chérir l'enfant, le soigner, l'éduquer. Les femmes, qui étaient initialement esclaves, étaient éduquées par les mères (Vilatte, 1991). Les nourrices étaient celles qui s'occupaient des enfants des familles plus ou moins aisées, en ville ou à la campagne, en les nourrissant par leur lait, denrée la moins couteuse possible. Cependant, à la Renaissance, de nombreux écrits subsistent sur l'importance de l'allaitement maternel. En effet, des écrits indiquent que le fait de ne pas donner le sein à son enfant augmenterait le risque de cancer du sein. Ils décrivent aussi l'importance du lait maternel dans le développement du système immunitaire de l'enfant. Le rôle des nourrices est alors remis en cause. Rousseau reproche aux

mères de confier leurs enfants aux nourrices, dans ses écrits (Le Luyer & Le Luyer, 2004). Des études sont faites pour prouver que les enfants en nourrices ont une mortalité plus importante que ceux allaités par leur mère. Madeleine Lazard écrit même, dans « Nourrices et nourrissons d'après le traité de Valement », que les femmes qui « abandonnent leurs enfants aux nourrices sont des meurtrières » (Le Luyer & Le Luyer, 2004). Toutes ces controverses aboutissent à la promulgation de la Loi Roussel de 1874, « relative à la protection des enfants de premier âge » indiquant que « tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents devient par ce fait, l'objet d'une surveillance publique ayant pour but de protéger sa santé et sa vie » (Roussel, 1874). Cependant, elle ne fut que très peu appliquée. De nos jours, dans notre société occidentale, ces pratiques ont disparu (Le Luyer & Le Luyer, 2004). En revanche, le concept de « nourrices » existe encore pour être un mode de garde pour les enfants, mais sans que l'allaitement au sein ne soient réalisé par ces dernières. Malgré les contestations et l'évolution des époques, les nourrices ont fait parties des foyers depuis des siècles, et que le fait d'allaiter un enfant, sans l'avoir porté n'est pas nouveau.

Dans la religion islamique, le fait d'alimenter un enfant au lait maternel sans en être la mère est une pratique répandue. En effet, les femmes ne pouvant pas allaiter peuvent avoir recours à des nourrices pour permettre à leur enfant de bénéficier de lait humain. Le terme de « frères et sœurs de lait » est introduit pour désigner des fratries non liées biologiquement mais liés par le lait maternel (Behe, 2017). Allaiter est une pratique répandue dans cette culture. Elle permet de poursuivre la formation des individus. Leur croissance ayant débuté pendant la grossesse de la mère, et se poursuit pendant l'allaitement. Elle servira à « faire pousser la chair et les os » des enfants (Fortier, 2001). Apparaissent alors des règles face à cette « famille de lait », comme le fait de ne pas pouvoir se marier avec ses frères et sœurs de lait, pouvant être différents selon les écoles juridiques islamiques (Behe, 2017). En effet, dans la religion musulmane, il existe des « écoles juridiques musulmanes sunnites », qui correspondent à des méthodes d'interprétation du Saint Coran et de la Sunna. Chaque école suit des « principes communs », mais chacune d'entre elles ont des interprétations différentes. Il en existe quatre : les « Hanafites », les « Malékites », les « Chaféites » et les « Hanbalites » (Laghmani, 2003). Elles ont alors des complexités distinctes selon les règles imposées par les lois sacrées, y compris concernant les familles de lait. L'anthropologue Corinne Fortier explique, par exemple, que dans l'orthodoxie malékite, la parenté de lait est établie que lorsque celui-ci possède un rôle « nourricier ». Elle décrit : « la parenté de lait n'est établie chez les nourrissons que lorsque l'allaitement a pour fonction de « calmer la faim » (Fortier, 2001). De plus, elle explique que chez d'autres écoles juridiques, le nombre de tétées effectuées par la nourrice peut établir le lien de parenté. En effet, des quantités d'une à plusieurs tétées peuvent définir un lien de parenté de lait entre deux personnes. Comme énoncé précédemment, une fois la parenté de lait établit, des règles doivent être respectées. Dans le

cas du mariage, il est dit qu'un « mariage des deux époux qui prétendent être des frères de lait est annulé, avant ou après la consommation du mariage », s'ils sont au courant de ce lien avant leur union, alors cela correspondrait à un péché, et ils pourraient encourir « les peines légales de la fornication », qui sont différentes selon les écoles de jurisprudence (Fortier, 2001). A travers l'étude de la religion musulmane, le fait d'allaiter un enfant sans être sa mère est considéré comme pratique courante, depuis des siècles.

1.5 Les différentes méthodes de procréation pour un couple lesbien

Avant d'avoir leur projet de lactation induite et la volonté d'allaiter leur enfant, ces femmes développent avant tout un désir d'enfant. Ce désir se renforce après discussions et projections du couple. Lorsque ce désir se concrétise et devient un réel projet de parentalité, elles ont la possibilité de choisir entre plusieurs méthodes en termes de procréation, lorsque la physiologie de la reproduction ne peut être réalisé naturellement. A travers les six couples qui témoignent dans cette étude, différentes méthodes de procréation ont été utilisé : il y a eu trois couples qui ont choisi de procéder à une insémination artisanale, deux qui ont réalisé une fécondation in vitro (FIV) et un couple qui a décidé de faire une réception d'ovocytes de la partenaire (ROPA). L'aide médicale à la procréation (AMP) existe depuis le 19^e siècle et n'a cessé d'évoluer jusqu'aujourd'hui. Différentes techniques peuvent être proposées aux couples : premièrement l'insémination intra-utérine avec sperme de donneur. Cette méthode est reconnue pour être la plus facile et la moins coûteuse (Cryos Banque de Sperme Internationale, 2024). Puis, il y a la FIV avec sperme de donneur. Elle consiste en une hormonothérapie primitive, pour stimuler la production d'ovules, puis ceux-ci sont extrait pour être fécondés en laboratoire avec des spermatozoïdes. Au bout de quelques temps, les ovules fécondés se développent et sont transférés dans l'utérus de la femme. Cette technique est quant à elle plus invasive, plus chère et nécessiterai plus de temps. Cependant les taux de réussite seraient plus élevés (Cryos Banque de Sperme Internationale, 2024). D'autre part, il existe le traitement par FIV réciproque, autrement appelé double don, ou ROPA. Les ovules sont prélevés chez l'une des deux partenaires, puis ils sont fécondés en laboratoire avec des spermatozoïdes d'un donneur. Enfin, une fois l'embryon développé, il est implanté dans l'utérus de l'autre partenaire. Grâce à cela, les deux femmes participent à la grossesse : l'une donne son matériel génétique, l'autre donne naissance en accouchant. Cette méthode n'est pas autorisée dans tous les pays, notamment en France où l'article 16-7 du Code civil condamne la GPA par des sanctions pénales (Légifrance, 1994). La loi française considère qu'il y a un questionnement éthique quant à cette méthode qui participerait à « l'instrumentalisation et à la marchandisation du corps des femmes » (Cryos Banque de Sperme Internationale, 2024). En effet, il s'agirait d'une expansion de la gestation pour autrui (GPA). La différence entre les deux méthodes est que lors d'une GPA, la mère

porteuse n'est pas le parent de l'enfant. Pour les couples ne souhaitant pas la participation des équipes médicales dans leur projet de procréation, une méthode existe : l'insémination artisanale. C'est une « auto-insémination » où la femme qui souhaite porter la grossesse, s'introduit elle-même le sperme du donneur dans son vagin, de sorte à mimer l'insémination réalisée lors de la pénétration hétérosexuelle (Plumé, 2020). La diversité des méthodes introduit la notion de choix nécessaire. Parmi les femmes interrogées, chacune explique leur choix selon différents arguments. Lorsqu'elles choisissent l'insémination artisanale, certaines énoncent vouloir « un donneur connu », pour pouvoir « raconter l'histoire à leurs enfants », « qu'elles sachent d'où elles viennent ». De plus, l'aspect « plus pratique » et plus accessible que l'AMP est décrit. Puis, elles évoquent l'idée d'une approche « plus naturelle », selon leurs termes, sans besoin de « médicaliser » la procréation entre deux femmes lesbiennes. De plus, pour le couple ayant fait une ROPA, cela semblait nécessaire pour l'une de donner sa « génétique » à l'autre, et de partager la procréation.

Lors d'un souhait de réalisation d'insémination artisanale, cela implique le fait de devoir « choisir » son donneur. L'âge peut être un facteur important à prendre en compte, tout comme l'état de santé de l'homme. L'une des femmes interrogées a confié avoir longuement « questionner » son donneur. De plus, il semble nécessaire d'interroger l'homme quant à ses volontés d'implications au sein de la famille. La notion de « coparentalité » peut être introduit, lorsque que « le donneur connu peut être un ami qui a décidé d'aider et qui peut agir comme simple donneur ou devenir un membre à part entière de la famille » (Cryos Banque de Sperme Internationale, 2024). Ce partage des responsabilités parentales peut être convenu dès l'établissement du projet de procréation. Toutes les femmes interrogées ayant fait une insémination artisanale, ont discutés au préalable avec leur donneur. Par exemple, l'une d'elle rapporte avoir demandé : « si les enfants, plus tard, tu vois, à 15 ans, ils veulent t'appeler papa ou s'ils sont demandeurs de passer du temps avec toi, c'est quoi ta part de responsabilité là-dedans ? ». Selon les différentes histoires, elles ne gardent pas toutes le même lien avec le donneur. Pour certaines, il était une connaissance, dont elles savaient qu'elles ne recroiseraient pas le chemin, donc cela serait plus pratique pour « garder contact avec la personne », sans pour autant être confrontés à sa présence au quotidien. Pour d'autres, il fait partie entière du quotidien des enfants, en endossant même le rôle de « parrain » de l'enfant. Elle raconte : « On voulait une relation entre eux quand même. Mais, il a aucun rôle de parentalité, rien du tout. Juste on sait qui c'est en fait. Et j'ai trouvé ça plus beau de lui offrir cette identité en fait. Mais on ne lui demande rien, rien du tout ». Grâce à cet état de l'art sur les différentes méthodes d'accès à la parentalité, il devient possible de saisir l'importance d'une préparation dès l'émergence du désir d'enfant. Cette anticipation permet de définir de manière adaptée les modalités propres à chaque famille, en tenant compte de leurs spécificités.

1.6 Matériel et méthodes

L'objectif principal de l'étude est de comprendre le vécu de la lactation induite chez les couples lesbiens. Il s'agit d'une étude qualitative descriptive basée sur neuf entretiens semi-dirigés, auprès des femmes lesbiennes pratiquant, ou ayant pratiqué, la lactation induite. Le questionnement principal porte sur la manière dont la lactation induite, en tant que pratique contemporaine dans les couples de femmes, redéfinit les normes parentales.

Les couples adoptants, ainsi que les couples ayant eu le projet de lactation induite mais dont celui-ci n'a pas pu aboutir sont exclus de l'étude. Nous avons pu nous rapprocher des femmes concernées par le biais d'un appel à participation aux entretiens publié sur le forum de la LLF, la page Facebook « *Ma Lactation Induite - Allaiter un enfant adopté / Né par GPA / Comaternité* ». D'autre part, un recrutement a pu être réalisé via les réseaux sociaux. Or, la première difficulté rencontrée a été le recrutement des couples au commencement de l'étude. Étant donné le faible nombre de personnes concernées par le sujet, le recrutement s'est étendu à l'ensemble de la France. La lactation induite est un phénomène rare et peu connu. La population concernée est donc proportionnellement réduite, et donc la sélection des couples pour les entretiens était difficile. Mais, la majorité des participantes, en quête de modèle sur la lactation induite, connaissaient au minimum un autre couple ayant fait une lactation induite. Cela facilitait la mise en contact avec d'autres participantes. À l'issue du recrutement, quatre couples ont accepté de participer à cette étude, ainsi que deux mères ayant pratiqué la lactation induite, dont la conjointe ne voulait pas participer à l'étude. Il a été décidé d'interroger les deux membres du couple. Cependant, afin de recueillir les ressentis sans qu'il y ait l'influence de la conjointe, chaque membre du couple a été rencontré et chaque entretien a été analysé, individuellement. Le fait d'interroger les mères en entretien singulier leur a permis de pouvoir vraiment exprimer toutes leurs idées, sans être influencées, ni de craindre l'avis ou la réaction de leur partenaire.

Avant chaque entretien, chaque patiente a reçu une note d'information, (cf en annexe 1), lui expliquant que chaque entretien est strictement anonymisé, et que les données sont utilisées à des fins universitaires, pour l'élaboration d'un mémoire de sage-femme. Une trame d'entretien (cf en annexe 2) a ensuite été élaborée. Les entretiens se sont tous déroulés de la même façon : présentation rapide du projet avec une explication du principe d'anonymat, demande d'accord concernant l'enregistrement de la rencontre, puis la réalisation de l'entretien. Lors du premier entretien, le cadre organisationnel était mal anticipé : nous n'avons pas précisé la durée approximative de l'entretien ni souligné l'importance du calme de l'environnement extérieur. Alors, cela a limité la prise d'informations de cette première rencontre. Dans le cadre de cette étude, nous avons interrogé des mères sur des données sociologiques, à caractère personnel. Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH).

Au vu de la distance géographique et pour des raisons de disponibilité et de praticité, il a été convenu que les entretiens seraient réalisés en visioconférence, via une plateforme de conversation, avec caméra. La possibilité d'une caméra a systématiquement été proposée, sans être imposée, pour permettre à la femme d'être à l'aise lors de l'entretien. Il a été convenu que nos conversations soient enregistrées par dictaphone, pour une meilleure analyse ultérieure. Lors de ces entretiens, un enregistrement n'a pas fonctionné, ne permettant malheureusement pas son exploitation. Les entretiens ont été retranscrits en intégralité, puis analysés. Les données ont été rapportées dans un tableau d'analyse (cf en annexe 3).

La maternité lesbienne soulève différents questionnements au sein même d'une société. Notre propos s'organisera en deux chapitres, où nous explorerons comment le corps devient le lieu d'une légitimité parentale pour ces femmes. Ensuite, il serait important d'étudier comment cette lactation induite réinvente l'organisation familiale, de ces familles lesboparentales. En effet, l'organisation de la vie familiale au quotidien apportera des éléments de compréhension et de réflexion qui seront essentiels pour répondre à notre problématique

2 Le corps comme lieu de la légitimité parentale

La principale problématique de la maternité d'un couple de femme tient au fait que physiologiquement, elles ont le choix de savoir qui portera la grossesse. Elles ont physiologiquement toutes les deux la possibilité de porter la vie. Il faut donc, pour l'une, accepter de porter la vie, et pour l'autre, renoncer à être enceinte. A travers l'allaitement partagé, elles font donc « don de leur corps », comme pour compenser cette « trace » laissée par ce renoncement.

2.1 L'expérience fondamentale du corps dans la maternité

Le corps féminin occupe une place importante dans l'expérience des femmes, surtout lors de la maternité. En bâtissant ce projet autour du corps, cela permet à la femme d'entreprendre avec son corps. Ce corps a été représenté de différentes manières au fil des époques. En effet, dès l'Antiquité, lors des premiers écrits de médecine, le corps de la femme servait comme outil de reproduction. L'utérus occupe une place importante. Cet « être vivant mobile » est aussi décrit comme « un animal interne enclin au désir de faire des enfants » (Bonnard, 2013).

Durant cette enquête, sur les six couples interrogés, cinq d'entre eux ont fait le protocole Newman, et un seul ne l'a pas fait. Sur les cinq, deux d'entre eux l'ont fait en « accéléré ». Les couples respectaient bien le protocole expliqué. Pour le couple qui ne l'a pas fait, ce choix était surtout motivé par le fait de ne pas vouloir « médicaliser l'allaitement », mais elle voulait quand même allaiter son enfant qu'elle n'a pas porté.

Une des femmes notait que le fait d'avoir allaiter son enfant, et entreprit ce parcours de lactation induite a permis de se « réconcilier avec son corps ». Les femmes peuvent avoir un conflit intérieur avec leur corps, dues aux pressions de la société, à leurs expériences passées, à leurs histoires personnelles. Le fait de construire un projet d'allaitement autour de leur corps, leur permet de changer leur vision de leur rapport à celui-ci. Une femme confiait que « l'allaitement a été hyper positif sur son rapport au corps. ». La maternité représente une période pendant laquelle le corps de la femme change : à travers la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, le post-partum... A ce moment-là, « l'estime de soi » peut subir des changements. Les « valeurs de beauté » personnelles sont chamboulées. Un changement dans l'épanouissement corporel peut donc être observé (Barreto & Wendland, 2022).

Dans un couple de femme, il y a indéniablement un choix à faire quant à la personne qui portera l'enfant. Parmi les femmes interrogées, différents facteurs ont orienté cette décision. Tout d'abord, l'âge des deux membres du couple ont influencé le choix. Lorsqu'un choix de plusieurs grossesses était envisagé, la femme la plus âgée commençait à porter la première grossesse, puis la seconde grossesse,

pour l'autre partenaire. Elles décrivent un choix « par la force des choses », ou bien qui « coulait de source », causée par la différence d'âge. Autour de plusieurs discussions, la représentation de la grossesse peut également aider à choisir qui portera la grossesse. Certaines femmes décrivent avoir « toujours rêver d'être enceinte », tandis que l'autre membre du couple décrit un certain « dégoût » de la grossesse. Dans ce cas, elles témoignent d'un choix « évident » : celle qui a toujours désiré être enceinte portera l'enfant. Enfin, un des couples a confié qu'une des femmes du couple souffrait d'une pathologie gynécologique au moment de l'élaboration du projet d'enfant qui ne permettait pas « d'être dans les bonnes conditions » pour porter l'enfant. La détermination de celle qui portera l'enfant pourrait laisser une trace importante chez ces femmes. Cependant, une des faiblesses de l'étude a été de ne pas questionner plus précisément les conséquences de ce choix. Cela aurait pu influencer la motivation d'induire une lactation dans le but de réparer cette « blessure narcissique » causée par ce choix. En effet, la maternité possède une certaine dimension narcissique. Pollak-Cornillot rappelle la démonstration de Freud qui prouve « combien le désir d'enfant s'inscrit dans une visée narcissique » (Pollak-Cornillot, 2018). Bien que le désir d'enfant soit partagé, il est possible que cette répartition du rôle dans la grossesse ait un impact chez elle. Nous pouvons supposer que pour certaines femmes, il s'agit d'un renoncement plus ou moins marqué. Ce renoncement, qu'il soit conscient ou non, peut ainsi raviver le besoin de réaffirmer son rôle de mère à travers d'autres dimensions corporelles de la maternité, telles que l'allaitement.

Cela illustre alors que le fait d'être mère passe incontestablement par le corps. Physiologiquement, la mère est mère parce qu'elle accouche. Elle répond à sa fonction biologique de reproduction. De la sorte, allaiter est aussi une compétence biologique maternelle. Blin cite « la femme-mère sécrète du lait ». Le lait prouve sa « qualité de femme, sa compétence maternelle ». Par sa compétence de mammifère, elle prouve que son corps « fonctionne complètement ». Cela permet alors de pouvoir dire : « J'allaiter parce que j'ai du lait, une mère a du lait. J'ai du lait, j'allaiter, je sais être complètement mère. » (Blin, 2007). Cette preuve cherche à affirmer la légitimité de la mère aux yeux de la société, de l'enfant et d'elle-même.

2.2 La légitimité par le droit et par le corps

Au fil des époques, la considération législative de la condition homosexuelle n'a fait qu'évoluer. A travers cela, une nouvelle forme de parentalité s'est développée, avec des questionnements associés. En effet, en créant une parentalité qui sort du schéma familial classique, ces couples de femmes ont dû faire face à différentes formes de remise en question. Ainsi, au-delà des défis personnels, ces couples sont également confrontés à des perceptions sociales qui conditionnent leur reconnaissance en tant que parents légitimes.

La quête de légitimité de ces foyers lesboparentaux possède alors un réel versant social. En effet, ces mères racontent la peur de ne pas être reconnue mère par les autres, certainement motivé par un manque de considération historique. En effet, une mère interrogée a dit qu'allaiter son enfant sans l'avoir porté permettait « de se justifier aux yeux des autres », et qu'elle osait dire « oui je suis aussi la mère de Lola et je l'allaiter aussi ». Cela illustre l'importance pour ces femmes d'allaiter, au sens propre du terme. Cela représenterait la « preuve physique d'être mère » (D'Amore & Baiocco, 2014). Cette recherche de reconnaissance peut avoir pour origine l'histoire de la considération historique homosexuelle. Dès le 19^e siècle, à la suite de la Révolution Française, le Code Civil définissait le mariage comme étant « l'union entre un homme et une femme, l'épouse est placée sous la puissance du mari, est incapable de disposer des biens de la communauté » (La Rédaction, 2019). L'idée d'homosexualité n'étant pas citée dans le code civil, devenait même motif de condamnation, en 1942, sous le régime de Vichy. En effet, il est décrit un âge limite différent de « consentement entre rapports homosexuels et hétérosexuels : 21 ans pour les rapports homosexuels, et 13 ans pour les rapports hétérosexuels », punissant « d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 60 francs à 15 000 francs quiconque aura commis un acte impudique ou contre-nature avec un individu de son sexe mineur de vingt et un ans ». En 1960, l'homosexualité devenait « caractère aggravant », pour « outrage public à la pudeur ». Pendant plus de 40 ans, jusqu'à l'arrivée de François Mitterrand, qui abrogea ces lois, des milliers d'homosexuels furent discriminés en France. Aujourd'hui, le site officiel du Sénat affirme que « la France n'a pas encore admis sa responsabilité en la matière et n'est pas même en mesure d'établir le nombre exact de victimes de ces lois discriminatoires » (Bourgi, 2023).

Il faudra attendre 1999 pour que la loi Française définissant le pacte civil de solidarité (PACS) inclut la condition homosexuelle aux côtés de celui-ci. Le PACS est « un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune » (Légifrance, 1999). Le véritable tournant en matière de reconnaissance des couples homosexuels fût le 17 mai 2013 : jour de la promulgation de la loi du Mariage pour Tous, ayant « permis aux couples de même sexe de se marier et d'adopter des enfants en France » (Légifrance, 2013).

Grâce à cette évolution, les couples de femmes ont la possibilité d'être mères. Mais, malgré cette ouverture sociétale, certaines me confient alors qu'elles ont « peur de ne pas se sentir mère ». Cependant, les aspects historiques n'expliquent pas tout et ce sentiment peut aussi trouver ses origines dans des concepts psychologiques. Par exemple, une femme a confié en entretien : « je me posais beaucoup de questions, justement parce que je ne les avais pas portées ». De la même manière, elle a expliqué que cela n'était « pas évident de devenir maman d'un enfant qui n'a pas tes gènes, qui n'a pas du tout été dans ton utérus ». Cela permet de développer la relation avec l'enfant. Blin souligne le fait que « la relation charnelle de l'allaitement est chargée d'une importance affective considérable » (Blin,

2007). En interrogeant la conjointe d'une femme ayant pratiquée la lactation induite, celle-ci confiait que l'allaitement avait « favorisé » le fait qu'elle se sente « mère » de son enfant.

En effet, pour celle qui porte l'enfant, elle a les neuf mois de gestation pour investir cette grossesse. Pendant celle-ci s'établissent les liens précoces avec l'enfant. Tout d'abord, Winnicott décrit la « préoccupation maternelle primaire » comme étant la période de quelques semaines précédant la naissance de l'enfant, où la mère développe sa capacité à « s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité ». Elle serait capable, grâce à cela, de capter tous les signaux de son enfant (Bydlowski & Golse, 2001). Puis Bydlowski décrit, quant à lui, la « transparence psychique », qui se déroule lors de la deuxième moitié de la grossesse. Une baisse des résistances de l'inconscient maternel est observée. La mère se replonge ainsi dans son histoire personnelle. Elle investira donc, selon son histoire, cette grossesse, soit paisiblement, ou bien avec des angoisses qui peuvent ressurgir... (Bydlowski & Golse, 2001). Or, la mère « sociale » n'a pas eu la grossesse pour développer sa transformation psychique en devenant mère (Moulin, 2018).

Puis, cette quête de légitimité se fait aussi dans les yeux de leurs enfants. En effet, une mère interrogée s'est confiée sur la « peur de ne pas être aimée du fait de ne pas l'avoir porté », son « impression d'être la pièce rapportée, de n'avoir aucune attache pour bébé ». Une crainte causée par le fait de ne pas être la mère biologique de cet enfant à naître. L'une des femmes interrogées confiait que l'allaitement induit avait participé au fait qu'elle réussisse « à trouver sa place », parce qu'elle avait « très peur de pas se sentir aimé, de ne pas l'avoir porté ». L'une des craintes de ces femmes, est que l'enfant ne la reconnaisse pas de la même manière que sa mère biologique, en raison de l'absence de matériel génétique entre eux.

Lors de l'étude, un vrai « partage » au sein des tâches a été observé : « on faisait vraiment tout à deux ». Les femmes interrogées n'avaient pas de rôle prédéfini au sein du couple. Pourtant, en étudiant ces familles lesboparentales, il est décrit que « que la mère biologique soit davantage associée aux soins primaires et que la mère sociale soit celle qui assume le rôle de pourvoyeuse principale » (Côté, 2009). Pour ainsi dire, « les enfants réclament davantage leur mère biologique en ce qui a trait aux fonctions typiques du maternage (se faire consoler, rassurer, nourrir, etc.), alors que les mères sociales sont plus souvent sollicitées pour les jeux physiques ». Cette différence de traitement peut être une source de « friction » dans le couple, et surtout source de différence de considération de la part de l'enfant au sein du couple (Côté, 2009). Cette différence de fonctions entre les deux membres du couple est aussi observée chez les couples hétérosexuels. Les propos de Diatkine repris par Delourmel définissent le concept de la « non-mère », pour qualifier « la formation psychique qui s'organise chez l'enfant au moment de la réaction d'angoisse devant l'étranger ». L'image du père se construit chez l'enfant mais moins rapidement que l'image de la mère. Cette « non-mère » peut être représentée par

le père, mais il est également décrit que cette figure, peut-être une tierce personne (Delourmel, 2013). L'hypothèse selon laquelle cette tierce personne pourrait être la mère n'ayant pas porté l'enfant peut être envisagée. De plus, les schémas parentaux hétéronormés sont bousculés : les parents ne sont pas un homme et une femme, mais deux femmes. L'enfant va grandir avec ce modèle parental.

C'est donc à travers la mise en place d'un allaitement induit, que les femmes recherchent à prouver leur maternité. Parmi les témoignages, certaines affirment qu'elles « voulaient avoir ce lien un peu privilégié à deux, pour pas qu'il y en est une qui soit sur la touche ». Du point de vue de la société, lorsqu'une femme est vue en train d'allaiter un enfant, son rôle de mère n'est pas remis en question. En outre, les femmes expliquent éprouver un sentiment de « fierté », lorsqu'elles expliqueront, plus tard, à leur enfant, qu'il a été allaité par ses deux mamans. Enfin, elles expriment l'importance d'allaiter pour trouver leur place : « c'est vrai qu'avec un allaitement, c'est un peu compliqué pour la troisième personne de trouver sa place. On s'est dit que, potentiellement, ça faciliterait un peu cet équilibre familial de le faire à deux ». L'une des femmes exprime son besoin de s'investir dans cette grossesse : « d'avoir fait le protocole pendant la grossesse c'était une manière, de ne pas non plus les pieds sous la table quoi ». Grâce à cela, elle avait l'impression de jouer un rôle important, à part entière.

La quête de parentalité des femmes lesbiennes a trouvé une résonance dans une loi de bioéthique du 2 août 2021 définit alors l'AMP comme étant « destinée à répondre à un projet parental [...] de tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée » (Légifrance, 2021). L'AMP se développa par le biais de différentes techniques, décrites plus tard. Pour un couple de femmes, la publication de cette loi permet de pouvoir établir une filiation avec l'enfant à naître, pour les deux femmes. Pour cela, elles doivent établir devant un notaire, à leur frais, une « reconnaissance anticipée conjointe de l'enfant », à transmettre lors de la déclaration de naissance à l'état civil. La mère n'ayant pas accouché est donc reconnue comme deuxième mère de l'enfant « à égalité de droits et d'obligations avec la mère qui a accouché ». Cette reconnaissance doit être faite en anticipée, c'est-à-dire avant la naissance de l'enfant. La reconnaissance à posteriori n'est plus possible depuis le 4 août 2024 (Légifrance, 2021). Virginie Descoutures explique : « ce n'est pas l'absence de lien biologique qui pose la question de la filiation mais l'absence de légitimité dans le droit ». Elle affirme donc que le fait de ne pas être reconnue comme parent pour les partenaires est vécu comme « une véritable injustice : de là des difficultés à se positionner et à construire une identité parentale (jalousie, sentiment d'illégitimité, dépendance vis-à-vis de la mère légale...) » (Descoutures, 2010).

A travers cet état du cadre juridique actuel en France, la reconnaissance des couples homosexuels en France a transité entre dénonciations, condamnations, puis reconnaissance contemporaine. Malgré

cette progression juridique, ces femmes tendent à rechercher dans la société, dans les yeux de leur enfant, et en elle-même, une identification parentale.

2.3 Le corps à corps avec l'enfant

L'allaitement possède une dimension corporelle importante. Par l'allaitement, c'est un moment de corps à corps avec son enfant qui se tisse.

Les mères interrogées décrivent ces instants comme « trop chouette, parce que c'était un moment où on était juste toutes les deux ». Une mère décrit son sentiment lors de la première tétée avec l'enfant comme quelque chose de « trop bon, trop fort ». En interrogeant les femmes sur leur ressenti sur la première tétée avec leurs enfants, elles décrivent ce moment comme étant « magique ». Elles insistent sur la dimension corporelle à travers leurs mots : « les nourrir avec ce qu'on produit nous, c'est magnifique ». De plus, lorsque la femme qui a porté la grossesse voit sa compagne, qui elle n'a pas porté, mettre au sein renvoie une belle image : « Helena l'a mise au sein et c'était très beau ». La tétée représente un moment symbolique. Elle est le « lieu de la rencontre entre la bouche et le mamelon ». Elle montre une « proximité physique extrême, un contact peau contre peau : la joue contre le sein, la main du bébé posée sur le sein » (Blin, 2007). C'est la « fusion des corps, le fantasme d'une peau commune s'entrevoit » (Blin, 2007). Lors de la tétée il y a une intimité entre la femme et son enfant : « le regard de la mère posé sur le bébé, le regard du bébé tourné vers le visage et le sein de sa mère », qui semble précieuse pour ces femmes en quête de reconnaissance (Blin, 2007). Ce partage de regard occupe une place très importante.

A travers ce moment partagé, il y a un corps à corps entre la mère et son enfant. Au-delà de la fonction nourricière, donner le sein « c'est faire l'expérience d'une intimité profonde avec soi et avec son bébé » (Blin, 2007). Allaiter est un « don de soi » selon les dires des femmes interrogées. Le lait est produit chez la mère, puis incorporé par l'enfant : « l'aliment premier coule à l'intérieur du bébé, il s'y introduit avec toute la charge émotionnelle qu'il contient ». C'est une relation singulière entre les deux acteurs où « le liquide passe directement du dedans de la mère au dedans du nouveau-né sans passer par le dehors » (Blin, 2007). Ce don fait à l'enfant est l'une des satisfactions de ces femmes, elles se confient sur la gratification que cela leur procure : « je me dis que j'ai pu les nourrir avec mon corps », « les nourrir avec ce qu'on produit nous, c'est magnifique ». En allaitant leurs enfants, les mères apportent surtout une « nourriture vitale pour le nouveau-né ». Cela les motive d'autant plus car pour elles c'est « hyper épanouissant pour toutes les 2 de se dire « on contribue au fait qu'elle aille bien », et c'était vraiment gratifiant pour nous. ». Pour Blin, l'allaitement symbolise « la générosité, le dévouement, l'abandon, l'oubli de soi », et « contribue à édifier le narcissisme maternel », c'est-à-dire qu'il développe l'estime de soi et l'identité maternelle (Blin, 2007).

A travers leurs quêtes de normes parentales, ces femmes se heurtent au besoin du corps dans la maternité, qu'elles n'ont pas pu assouvir pendant la grossesse. Elles ont cependant d'autre manière pour développer leur légitimité d'être mère, à travers l'évolution de la législation d'une part, et le partage des corps lors de l'allaitement d'autre part. C'est un paradoxe de chercher cette légitimité par le corps car au sens biologique du propos, deux mères ne peuvent pas être mère de l'enfant. Pourtant, elles accordent une importance majeure au corps pour prouver leur légitimité.

3 Réinventer l'organisation familiale dans un foyer lesboparental

Dans un foyer lesboparental, l'organisation familiale ne repose pas sur un modèle parental régit par des normes stéréotypées. L'un des aspects importants à étudier dans ces foyers est l'alimentation du nourrisson, notamment lorsqu'un projet de lactation induite est mis en place.

3.1 Nouvelle organisation au sein du foyer : un équilibre à construire

Malgré leur désir individuel de maternité, le projet parental est vu par ces mères d'abord et avant tout comme un projet de couple : le désir de former une famille permet de cimenter le noyau conjugal. Le projet parental semble s'être ainsi substitué à la vraisemblance biologique : il consolide et normalise la cellule familiale. A travers ce projet, ces femmes veulent « montrer qu'il y a une autre manière d'être parent ».

En 2018, 116 000 femmes et 150 000 hommes vivent en couple avec une personne de même sexe, soit 0,3 % des femmes âgées de plus de 18 ans, et constituent les « foyers homoparentaux ». Lors d'une étude de 2018, les couples de femmes sont plus nombreux entre 25 et 29 ans (à 0,9 %) et les couples d'hommes entre 30 et 34 ans (1,1 %), situation qui change depuis 2011, où les couples de femmes et les couples d'hommes étaient les plus fréquents plus tardivement, entre 35 et 44 ans. Notre enquête révèle qu'au sein des couples homoparentaux, il est très difficile de désigner objectivement une « distribution des rôles ». Dans ces foyers, il y a une division du travail ménager propre à chaque couple, régit par un principe simple : le partage égalitaire des tâches. Les deux femmes s'investissent de la même manière par rapport à l'enfant. Pour certaines, lors de l'élaboration du projet d'allaitement partagé, la division égalitaire des tâches était une motivation.

Afin de mieux comprendre le fonctionnement des couples au quotidien, nous nous intéressons à quelques aspects historiques et sociétaux. Une évolution de la composition des foyers à travers les

époques a été observée en France. En effet, il y a les foyers dits « traditionnels ». Ils composent la majorité des foyers du 20^e siècle : deux personnes de sexe opposé, généralement mariés, et leurs enfants uniquement. Ils composent 66,3% des foyers français en 2020. Puis, corrélé avec la hausse des divorces observée au 21^e siècle, il y a une hausse du nombre de foyers dits « monoparentaux ». En 2020, ils représentent environ 25% des foyers français. De pair avec cette hausse des séparations, les foyers dits « recomposés » sont créés. Ils sont composés d'un couple avec « au moins un enfant né d'une union précédente ». Ils représentent 9% des foyers français en 2020. (Algava et al., 2021).

Ces premières observations nous amènent à mieux comprendre les différences liées aux types de foyers. En étudiant les foyers « traditionnels » hétérosexuels et les foyers homoparentaux, une différence de répartition des tâches a été observée (Observatoire des inégalités, 2016). En effet, l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) a établi une étude « emploi du temps » visant à interroger les ménages de France, sur leurs habitudes de vie. Concernant les tâches domestiques, leurs questionnaires regroupent sous ce terme les activités domestiques « non professionnelles », tels que la cuisine, le ménage, les courses, les soins aux enfants, le bricolage, le jardinage et les soins aux animaux. Cette nomenclature regroupe diverses activités : par exemple sous le terme de « cuisine », sont réunis le fait de « préparer et cuire des aliments, les éplucher, lavage de la vaisselle, mettre la table, servir le repas... ». En observant le « temps quotidien consacré aux tâches domestiques », une diminution de 15% en 25 ans a été observée. Cette différence pourrait être expliquée par le fait que les femmes ont augmenté leur temps d'activité professionnel, mais aussi le progrès de la technologie a permis la production d'appareils électroménagers performants permettant ainsi un gain de temps important. En effet, en regardant ce temps dédié par les femmes aux activités, celui-ci a diminué entre 1986 et 2010 : une femme avait 5h par jour en 1986 dédiées aux tâches domestiques, contre 4h en 2010. Une partie de ce temps s'est transformé en temps de travail pour certaines. En observant ce temps dédié aux tâches domestiques chez les hommes, il a été constaté qu'en 1986, ils en dédiaient 2h07, tandis qu'en 2010, 2h13. Cependant, la composition des tâches domestiques à tout de même évoluée : en 2010, ils font plus souvent la cuisine et consacrent moins de temps à bricoler ou à jardiner (Ricroch, 2012). De plus, selon le « baromètre d'opinion de 2022, « 54 % des femmes déclarent qu'elles prennent majoritairement elles-mêmes en charge les tâches ménagères contre 7 % des hommes » (De Champs & Pirus, 2024).

En revanche, dans un couple lesbien, il y a une réelle réorganisation du foyer par le fait de répartir les tâches autrement que sur une question de genre : pas de tâches prédisposées pour l'une ou l'autre. Le fonctionnement quotidien s'articule sur un partage des tâches lié au temps ou à l'envie de chacune. Ainsi, une maman raconte : « c'était surtout dans le but d'avoir cette histoire à partager à deux, et de tout faire à deux. ». Une autre confiait : « Elle tirait son lait, après c'est moi qui faisais la vaisselle de tout ». Ce partage des tâches liées à l'allaitement démontre une répartition équitable des

tâches. Malgré un souhait de partage des tâches, quelques différences dans leur conduite vis-à-vis de l'enfant sont observées. La mère biologique ayant, par exemple, un rôle plus autoritaire sur l'enfant, et la mère sociale un rôle de consultante. Mais parfois, cette tendance est inversée, à l'instar de Lisa et sa femme. Elles décident entre elles, de celle qui réalisera la tâche en fonction de leurs préférences personnelles et pas en fonction de leur « statut » quant à l'enfant.

Mais dans certaines situation, le statut « juridique » de la mère peut intervenir dans la tâche à réaliser : par exemple lors d'un « traitement médical », ou de « difficultés scolaires » (Mailfert, 2002). De plus, en évoluant dans un foyer où les tâches domestiques ne sont pas définies par le genre, il y a un « développement de l'ouverture d'esprit des enfants », qui évoluent donc dans un foyer qui « brise les codes hétéronormatifs de la société ». Cela permet qu'ils évoluent dans un environnement moins stéréotypé et plus inclusif. Ces couples sont souvent plus sensibles aux questions d'égalité en général et cette attitude se répercute dans leurs couples (Stambolis-Ruhstorfer & Gross, 2021). Une mère raconte : « Ouais je pense que j'ai pris ma part sur tout ce que tu peux faire d'autre que nourrir ton enfant, donc genre lui donner des bains, lui couper ses ongles, enfin des trucs que tu dis que ce ne sont pas des trucs de fou, mais bon en vrai faut quand même le faire ». Un nouvel équilibre se construit donc au sein de ces foyers, avec une problématique importante autour de l'alimentation de l'enfant.

3.2 Une préoccupation du nourrissage mieux partagée ?

Le fait d'assurer une co-lactation représente potentiellement un partage plus équitable de la fonction nourricière.

Les témoignages des mères ayant opté pour une lactation induite illustrent cette volonté de partage des responsabilités liées à l'allaitement de l'enfant. L'une d'elles explique : « On faisait tout à deux, elle se réveillait la nuit, donc finalement on se réveillait toutes les 2. On a toujours tout fait ensemble ». Le co-allaitement leur a permis de vivre cette expérience avec une aide supplémentaire. Elle confiait : « On a vraiment vécu ça à deux. C'était vraiment un projet à deux, ce n'était pas son projet personnel, c'était vraiment un projet commun ». Cette expérience permet aux deux mères du couple de se sentir pleinement accompagnées dans cette expérience de l'allaitement maternel. Une autre mère interrogée au cours de l'étude décrit : « Le fait de pouvoir partager la charge alimentaire, disons même si c'est autant de la charge alimentaire que du plaisir de nourrir son enfant, la fierté de pouvoir être deux mamans et deux mères nourricières quoi. » Cette fierté partagée aide à l'élaboration d'une parentalité égalitaire, où chacune trouve sa place et son importance dans le développement de l'enfant. Ce partage des tâches aide les mères à répartir leurs responsabilités. Cela est être une réelle source de motivation lors de l'élaboration du projet de lactation induite. L'une des mères questionnées témoigne du fait que dès l'élaboration du projet elle avait « l'impression que ça pouvait permettre un

peu d'équilibrer » la charge alimentaire. Les femmes interrogées affirment qu'avec cette lactation partagée, « du coup la charge mentale elle est complètement partagée » également. Ces mères évoquent à plusieurs reprises la notion de « charge mentale » lors de la discussion autour de la responsabilité de l'alimentation. Mais il semble important de mieux appréhender ce terme évoqué en entretien. La charge mentale se définit selon l'OMS comme « la charge cognitive et émotionnelle résultant des exigences et des contraintes de la vie quotidienne et du contexte social dans lequel les individus vivent » (Scheuer, 2023). Cependant, l'alimentation de l'enfant ne semble pas correspondre à cette définition. S'alimenter correspond à l'un des quatorze besoins fondamentaux définis par Virginia Henderson (Pellissier, 2006). Un besoin vital ne peut pas répondre à la définition d'une « contrainte ». Le terme de « préoccupation » serait une bonne manière de décrire ce que ces femmes mentionnent sous le terme de « charge mentale ». Le fait de parler de « charge mentale » reflète peut-être quelque chose de pesant pour ce couple. La terminologie choisie n'est pas forcément erronée ou anodine. L'idée principale reste indéniable : ce besoin fondamental de l'alimentation est géré conjointement par les femmes (Dhermy, 2021).

De plus, cela est nécessaire pour les femmes qui ne portent pas la grossesse de « faire leur part » du travail dans ce projet d'enfant. Il y aurait un intérêt notable dans l'implication de la mère sociale dans le couple. Cette implication active dans les soins quotidiens renforce la solidarité au sein du couple, contribuant à une meilleure gestion des tâches quotidiennes.

Nous profitons de ce paragraphe traitant du partage de la préoccupation nourricière de l'enfant pour aborder un bénéfice vécu par les femmes elles-mêmes, grâce à ce partage de l'allaitement. Il s'agit du fait de pouvoir s'accorder du temps personnel. En effet, une mère faisant la co-lactation témoigne : « Le fait de pouvoir passer une après-midi entière, avec des amis et de pouvoir profiter, sans avoir à appeler Caroline une seule fois, c'est trop bien. ». En sachant que l'enfant est avec sa deuxième mère, qui l'allaita aussi, cela illustre un bénéfice concret de cette co-lactation : une flexibilité accrue qui contribue à l'épanouissement personnel et au maintien d'une relation de couple harmonieuse. Cependant en pratique, il est souvent observé lors d'un allaitement maternel exclusif dans un couple hétérosexuel que la mère peut difficilement se permettre de prendre du temps libre sans son enfant.

Le soutien du partenaire joue un rôle important pour le maintien de l'allaitement maternel. Dans les couples hétérosexuels, la participation active du père est souvent un point clé pour surmonter les difficultés liées à l'allaitement. En effet, le partenaire peut aider au maintien du bien-être de la mère et au développement de l'enfant. Cependant, comme vu précédemment, la répartition des tâches domestiques reste inégale entre les hommes et les femmes, malgré l'évolution. Les mères assument encore une grande partie des responsabilités liées aux enfants et à la maison. Pourtant, lorsque le partenaire participe aux différentes tâches du foyer, cela peut alléger la charge mentale de la mère.

Des actions concrètes, telles que partager les tâches ménagères, offrir un soutien émotionnel et participer aux soins du nourrisson, sont essentielles (Nourri-Source Montréal, 2020). Dans le contexte des couples lesbiens, le soutien grâce au projet de lactation induite effectué par la mère sociale permet un partage équitable des responsabilités liées à l'allaitement. Les témoignages de femmes engagées dans cette démarche illustrent une volonté commune de partager les tâches et les plaisirs liés à l'alimentation de leur enfant. L'une d'elles exprime l'importance d'avoir été deux dans cette aventure : « ça serait chouette d'avoir une aide aussi chacune pour l'allaitement ». De plus, certaines mères reconnaissent que cette expérience de la lactation induite est différente en couple que celle entreprise par les mères célibataires qui adoptent. Comme le souligne une participante, « je pense que ce projet-là pour les mères par exemple, célibataires qui adoptent et qui se lancent dans ce projet de la lactation induite, je pense que ce n'est pas pareil ». Cette observation montre l'importance du soutien du partenaire dans la réussite de la lactation induite. Par ailleurs, le partage des rôles maternels dans les couples lesbiens favorise une découverte simultanée de la parentalité. Une mère témoigne : « c'était déjà le partage au sein de notre couple, au sein de notre rôle, parce qu'on découvrait toutes les deux notre rôle de maman ». Cette découverte concomitante renforce le lien entre les partenaires et facilite une répartition équilibrée des responsabilités parentales.

En conclusion, le soutien du partenaire est essentiel dans tout projet d'allaitement. Dans les couples lesbiens, la lactation induite offre une opportunité unique de partager l'expérience de l'allaitement, renforçant ainsi la coparentalité et l'équilibre des rôles parentaux. En effet, les femmes racontent leur vécu positif sur le partage des tâches avec une co-lactation. Ainsi, la préoccupation de l'alimentation est partagée au sein du couple, grâce au vécu commun de l'allaitement chez les deux partenaires.

4 CONCLUSION

Pour conclure, l'expérience corporelle dans la maternité comporte une part importante pour la légitimité parentale. En effet, le corps devient, par son lien profond avec l'enfant, tant physique que psychologique, une manière de renforcer sa reconnaissance. Cette dernière peut être aussi acquise à travers la législation, mais cette expérience physique partagée comporte une place importante pour ces femmes dans leur parentalité. Le corps à corps, dans la maternité traditionnelle, tisse des liens puissants qui affirment « l'identité de parent ».

Dans le contexte des foyers lesboparentaux, la réinvention de l'organisation familiale et les relations au sein de ces foyers sont marquées par une quête d'équilibre, où la redistribution des rôles parentaux prend une forme originale, loin des schémas traditionnels. L'expérience partagée de l'allaitement, qui redéfinit la préoccupation autour de l'alimentation de l'enfant, permet la construction d'une parentalité plus égalitaire, tout en mettant en évidence l'importance d'un engagement mutuel et d'une coopération dans ces nouvelles configurations familiales.

Ainsi, les dynamiques corporelles et les ajustements organisationnels au sein des foyers lesboparentaux ouvrent la voie à une redéfinition des rapports de pouvoir et des rôles parentaux, dans un processus de réinvention continue des modèles familiaux contemporains.

Cette étude interrogeait des femmes lesbiennes ayant choisi d'induire une lactation et souhaitait comprendre les motivations de ces couples. Il serait intéressant d'analyser celles qui n'ont pas fait ce choix, bien qu'elles connaissent le concept. L'idée de recherche de légitimité à travers l'allaitement, l'implication du corps et les bouleversements du foyer familial représentent chez les femmes interrogées une source de motivation. Cependant, ces facteurs de motivations chez ces femmes pourraient représenter une source d'inquiétude pour d'autres femmes. Il serait également pertinent d'examiner si ces femmes trouvent d'autres moyens de se sentir reconnues.

D'un point de vue médical, bien que la lactation induite soit de plus en plus pratiquée, son accompagnement reste encore relativement fragile. Les professionnels se retrouvent face à ces situations singulières mêlant physiologie et parfois médicalisation. Il est possible que les changements sociétaux rendent ces situations plus fréquentes. Les sages-femmes ont donc tout intérêt à y être sensibilisées pour pouvoir assurer un accompagnement adapté.

5 BIBLIOGRAPHIE

- Algava, E., Bloch, K., & Robert-Bobée, I. (2021). *Les familles en 2020 : 25 % de familles monoparentales, 21 % de familles nombreuses—Insee Focus—249.*
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681>
- Armoiry, E. (2023). Prescription de dompéridone dans le cadre de l'allaitement : Quels bénéfices et quels risques en 2023 ? - Information Pour l'Allaitement. *Information Pour l'Allaitement - IPA information pour les professionnels*. <https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/prescription-de-domperidone-dans-le-cadre-de-lallaitement-quels-benefices-et-quels-risques-en-2023/>
- Barreto, J., & Wendland, J. (2022). Image du corps, vécu corporel et bonding chez les femmes dans les six mois suivant l'accouchement. *Périnatalité*, 14(1), 27-33. <https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0145>
- Behe, C. (2017, mars 14). *Pratiques islamiques et culturelles de l'allaitement*. La Leche League International. <https://lloi.org/fr/news/pratiques-islamiques-et-culturelles-de-lallaitement-2/>
- Biga, M. G. (1997). Enfants et nourrices à Ebla. *Ktèma*, 22(1), 35-44.
<https://doi.org/10.3406/ktema.1997.2182>
- Blin, D. (2007). Le lait objet de la rencontre. *Revue française de psychosomatique*, 31(1), 119-132.
<https://doi.org/10.3917/rfps.031.0119>
- Bonnard, J.-B. (2013). Corps masculin et corps féminin chez les médecins grecs. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 37(1), 21-39. <https://doi.org/10.4000/clio.10957>
- Bourgi, H. (2023, avril 7). *Personnes condamnées pour homosexualité entre 1942 et 1982 (exposé des motifs)*. Sénat. <https://www.senat.fr/leg/exposes-des-motifs/pp121-864-expose.html>
- Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet Psy*, 63(3), 30-33.
<https://doi.org/10.3917/lcp.063.0030>

- Christelle, bénévole LLF. (2015a). *Historique de LLL France*. <https://www.lllfrance.org/nous-connaître/historique-de-lll-france>
- Christelle, bénévole LLF. (2015b). *Les valeurs de la Leche League France*.
<https://www.lllfrance.org/nous-connaître/nos-valeurs>
- Christelle, bénévole LLF. (2020). *La Leche League France*. <https://www.lllfrance.org/nous-connaître/la-leche-league-france>
- Côté, I. (2009). La lesboparentalité : Subversion ou reproduction des normes? *Recherches féministes*, 22(2), 25-38. <https://doi.org/10.7202/039208ar>
- Cryos Banque de Sperme Internationale. (2024). *Comment deux femmes peuvent-elles avoir un enfant ?* / Cryos. <https://www.cryosinternational.com/fr-fr/dk-shop/prive/blog/comment-les-couples-lesbiens-peuvent-ils-avoir-un-bebe/>
- D'Amore, S., & Baiocco, R. (2014). La transition vers la parentalité des familles homoparentales : Recherche et implications cliniques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 52(1), 41-56. <https://doi.org/10.3917/ctf.052.0041>
- De Champs, C., & Pirus, C. (2024). *Des stéréotypes de genre encore très ancrés, notamment chez les hommes*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-02/ER1294MAJ.pdf>
- Delourmel, C. (2013). De la fonction du père au principe paternel. *Revue française de psychanalyse*, 77(5), 1283-1353. <https://doi.org/10.3917/rfp.775.1281>
- Descoutures, V. (2010). *Les mères lesbiennes*.
- Dhermy, A. D. (2021, mai 14). Charge mentale des femmes : De quoi s'agit-il ? *Celles qui osent*.
<https://www.celles-qui-osent.com/charge-mentale-des-femmes/>
- Fortier, C. (2001). Le lait, le sperme, le dos. Et le sang ? *Cahiers d'études africaines*, 41(161), Article 161. <https://doi.org/10.4000/etudesaficaines.68>
- Goldfarb, L., Comm, B., & Newman, J. (2022). *Les protocoles pour induire la lactation*. 26.
- La Redaction. (2019). *Du mariage civil au mariage pour tous : Deux siècles d'évolution* | *vie-publique.fr*. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/24161-du-mariage-civil-au-mariage-pour-tous-deux-siecles-devolution>

- Laghmani, S. (2003). Les écoles juridiques du sunnisme. *Pouvoirs*, 104(1), 21-31.
<https://doi.org/10.3917/pouv.104.0021>
- Le Luyer, M., & Le Luyer, B. (2004). Pratique d'allaitement des enfants du Moyen Age à l'époque contemporaine. *Revue historique de Bordeaux et du département de la Gironde*, 5(1), 155-178. <https://doi.org/10.3406/rhbg.2004.1455>
- Légifrance. (1994). *Loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain*.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419302
- Légifrance. (2013). *Loi du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe*.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000027414572>
- Légifrance. (2021). *Loi relative à la reconnaissance conjointe d'un enfant dans un couple de femmes*.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043889177
- Loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique (2021).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384>
- Loi du 15 novembre 1999 relative au pacte civil de solidarité (1999).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000761717?isSuggest=true>
- Mailfert, M. (2002). Homosexualité et parentalité. *Socio-anthropologie*, 11, Article 11.
<https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.140>
- Moulin, A. (2018). *De la parentalité...au mal de mère : Perspectives et stratégies de prévention des difficultés maternelles en période postnatale*.
- Nourri-Source Montréal, N.-S. (2020). *L'allaitement—Une responsabilité partagée*. Nourri-Source Montréal. <https://nourrisourcemontréal.org/peres-paternite-allaitement>
- Observatoire des inégalités. (2016). *L'inégale répartition des tâches domestiques entre les femmes et les hommes*. Observatoire des inégalités. <https://inegalites.fr/L-inegale-repartition-des-taches-domestiques-entre-les-femmes-et-les-hommes>
- Pellissier, J. (2006). Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société*, 29(118)(3), 37-54.
<https://doi.org/10.3917/gs.118.0037>

Plumé, M. V. (2020, mars 24). *Insémination artisanale : Définition, mode d'emploi et taux de réussite*.

inviTRA. <https://www.invitra.fr/insemination-artificielle-faite-maison/>

Ricroch, L. (2012). *En 25 ans, moins de tâches domestiques pour les femmes, l'écart de situation avec les hommes se réduit – Femmes et hommes—Regards sur la parité | Insee*.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372773?sommaire=1372781&q=in%C3%A9galit%C3%A9s+taches+domestiques>

Roussel, L. (1874). *Loi du 23 décembre 1874 relative à la protection des enfants de premier âge*.

Scheuer. (2023). *La charge mentale : Quelle définition ?* <https://laboratoirehollis.fr/blogs/sante/la-charge-mentale-quelle-definition>

Stambolis-Ruhstorfer, M., & Gross, M. (2021). Qui lave le linge sale de la famille ? : Les couples hétéroparentaux et homoparentaux face au travail domestique. *Travail, genre et sociétés*, 46(2), 75-95. <https://doi.org/10.3917/tgs.046.0075>

VIDAL. (2025). *Fiche médicament « Domperidone »*. VIDAL.

<https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/domperidone-biogaran-22782.html>

Vilatte, S. (1991). La nourrice grecque : Une question d'histoire sociale et religieuse. *L'Antiquité Classique*, 60(1), 5-28. <https://doi.org/10.3406/antiqu.1991.2303>

Zivie, A.-P. (1998). *La nourrice royale Maïa et ses voisins : Cinq tombeaux du Nouvel Empire récemment découverts à Saqqara*. 142(1), 33-54. <https://doi.org/10.3406/crai.1998.15830>

ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information



Note d'information

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude intitulée « Influence de la lactation induite des couples lesbiens dans leur coparentalité », nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse est le promoteur de cette étude réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'étude de Anaëlle VARRAUD, étudiante sage-femme en 5^e année.

L'objectif de cette étude est de comprendre l'émergence de la lactation induite chez les couples lesbiens.

La participation à l'étude consiste à répondre aux différentes questions de l'étudiante et ainsi partager votre expérience afin d'apporter des informations quant à la pratique de la lactation induite.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse accorde une importance toute particulière à la protection de vos données personnelles et de vos droits, dans le respect du cadre légal posé par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et par la Loi Informatique et Libertés (Loi n°78-17).

Dans le cadre de cette recherche fondée sur l'intérêt public, vous pouvez refuser de participer à cette recherche ou retirer votre acceptation de participation à tout moment.

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et/ou sous format papier dans des conditions strictes de sécurité et de confidentialité, afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche, pendant une durée maximale de 2 ans. Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

Le responsable du traitement des données est le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Le Délégué à la protection des données du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Bresse Haut-Bugey, est votre interlocuteur pour exercer vos droits (accès, effacement, limitation, opposition). Vous pouvez le contacter par email à l'adresse dpo@ght01.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

Annexe 2 : Trame d'entretien

	Questions
I N T R O D U C O N T E X T E	<p>Pouvez-vous vous présenter vous, puis votre couple ?</p> <p>Evoquez-moi votre parcours pour avoir un enfant.</p> <p>Pouvez-vous me raconter comment vous avez construit votre projet d'enfant ?</p> <p>Racontez-moi en quelques mots comment s'est passé l'accouchement</p>
L A C T A T I O N I N D U I T E	<p>Racontez-moi comment vous avez découvert la lactation induite ?</p> <p>Comment votre parcours vous a amené à la lactation induite</p>
C O P A R E N T A L I T E	<p>Est-ce que vous pouvez me raconter un évènement positif que vous avez vécu avec la lactation induite ? un moment plus difficile ?</p>

Légende	entretien 1 - Louise	entretien 2 - Maud	entretien 3 - Jade	entretien 4 - Lisa	entretien 5 - Marine
Jaune = contexte	<p>*7 ans et demi qu'on est ensemble</p> <p>*marié depuis mai 2022</p> <p>*2 jumeaux de 10 mois</p> <p>* Policière</p> <p>Louise a fait la LI et sa femme a porté la grossesse</p> <p>* A vu une conseillère en lactation</p>	<p>* 33 ans</p> <p>* Costumière</p> <p>* A rencontré sa femme à 17 ans à l'école, mariage à 30 ans avec Jade</p> <p>* 2 enfants : 3 ans et 5 mois</p> <p>* Vit en Irlande pour pratiquer l'instruction en famille</p> <p>On fait la LI pour la 1e grossesse mais pas pour la 2nde</p> <p>* A vu conseillère en lactation</p>	<p>* Rencontre en 2007, à l'école</p> <p>* Assez longtemps à estimer qu'elles étaient en couple</p> <p>* Ont vécu de l'homophobie, surtout dans sa famille</p> <p>* 2 enfants : 2021, 2024</p>	<p>* 30 ans, en couple depuis 6 ans</p> <p>* 7 ans d'écart (30/37 ans)</p> <p>* Rencontre au travail, il y a 7 ans</p> <p>* Infirmière en soins palliatifs</p> <p>* 2 enfants : 2021 et 2024</p> <p>Helena a porté bébé 1: pas de LI par Lisa</p> <p>Lisa a porté bébé 2 : LI par Helena</p>	<p>*Marine en couple avec Camille depuis 10 ans, ont eu leur petite fille, que Marine a porté, et Camille a fait la lactation induite</p>
Bleu cyan = création projet d'enfant	<p>*au moment du mariage, pas de PMA en France donc choix Espagne(affection ++)</p> <p>Belgique</p> <p>*Entre temps PMA en France</p> <p>* 2 essais</p>	<p>* Important de savoir de qui vient le bébé => pas de PMA => insémination artisanale, qui a marché du 1er coup</p> <p>* Les enfants connaissent le géniteur, c'est le parrain (le même pour les 2)</p> <p>* Voulait une relation entre les deux, sans rôle de parentalité</p> <p>* Jade a porté les 2 grossesses : choix naturel, maud n'a jamais eu envie de porter de grossesses, ne se voyait pas être enceinte, hyper important pour Jade de vivre la grossesse et vivre l'accouchement</p> <p>Pour Jade c'est magique, pour Maud c'est l'angoisse</p> <p>Phobie des hôpitaux, des piqûres, des perfusions</p> <p>==> Maud très contente de ce choix, qui s'est fait très naturellement</p>	<p>* Elles savaient qu'elles voulaient un enfant, longtemps pour que l'idée mûrisse, assez vite une fois qu'elle était prête</p> <p>* C'était clair qu'elle porterait l'enfant</p> <p>* Maud ne voulait pas porter</p> <p>* Jade en avait très envie : pas toujours à l'aise avec les enfants, pensée que cela serait différent avec les siens, c'est le cas/mystère autour du corps, de la grossesse et l'accouchement/ dépendance à vouloir accoucher par le biais hormonal (addiction via endorphines)</p> <p>* Appel à un ami pour insémination artisanale => a marché du 1er coup (idem pour 2e bébé)</p>	<p>* Helena : phase de sa vie, trentaine, envie de construire sa vie de famille, alors que Lisa, en train de faire la fête => pas au même point, mais toutes les deux envie d'avoir des enfants</p> <p>* Toujours voulu avoir des enfants, même toute seule</p> <p>* Ne voyait pas de problème à avoir des enfants, même entre 2 femmes ==> si motivation, pas de problème</p> <p>* Projet évoqué dès le début au vu de l'âge, mis en place au bout de 3 ans ==> elles savaient qu'elles étaient pressées au vu de l'âge d'Helena, mais ne voulait pas aller trop vite, voulait savoir la solidité du couple.</p> <p>* Été 2020 : emménagement et projet bébé concret.</p> <p>* Helena porterait le 1er, au vu de l'âge plus élevé</p> <p>* Voulait donneur connu : besoin de raconter l'histoire à leurs enfant, pas un donneur anonyme, insémination artisanale, plus pratique que PMA, pas envie de médicaliser le fait d'avoir un enfant, envie de naturel, malgré l'idée que ça ne le soit pas.</p> <p>* Ami du lycée, pas mal de discussions sur le futur, l'éducation, <1an ==> a marché du premier coup</p>	<p>* Ont toujours eu envie d'avoir des enfants, de construire une famille</p> <p>*Parcours long et difficile : PMA en Belgique (2 FIV échouées) puis finalement accordé à Besançon (1 FIV qui a marché)</p> <p>*Choix de porter : facilement : la plus vieille porte en 1ere, et en plus Camille ne voulait pas forcément porté donc cela arrangeait Marine</p>
Vert foncé = déroulé théorique de la grossesse et l'accouchement	<p>* MAP donc hospitalisation</p> <p>*Suivi par plusieurs SF (monitos, prépa) et gynéco à l'hôpital</p>	<p>1er =</p> <p>* Accouchement en maison de naissance</p> <p>* Nausées</p> <p>* Se renseignait ++ sur l'arrivée du bébé, l'accouchement, l'éducation (lecture, documentation, podcast)</p> <p>* Chant prénatal</p> <p>* Accouchement s'est fait comme elles avaient imaginé</p> <p>* 12h de travail</p> <p>* Participation par massages en bas du dos</p> <p>2e =</p> <p>* Accouchement à domicile dans une yourte</p> <p>* Choix d'accoucher en Ecosse, car maison de naissance ++, bop plus ouvert sur l'accouchement physio à domicile, se sentait plus jugée en France</p> <p>* S'est bop plus renseigné sur tout ce qui pouvait arriver en cas de problème</p>	<p>1er =</p> <p>* Nausées pas très bien vécues</p> <p>* Très bien suivies, notamment par cours de PNP, RDV > 1h, chouchoutées</p> <p>2e =</p> <p>*3 cycles avec grossesse chimique, perte rapide des "bébés"</p> <p>*Pense que cela est liée à l'allaitement de bébé 1 pendant la grossesse</p> <p>* Nausées pas très bien vécues, quasiment fait regretter d'être enceinte</p>	<p>1er =</p> <p>* Bien passée</p> <p>* Accouchement : pas très bien accompagnées, garde chargée, assez traumatique</p> <p>2e =</p> <p>* Pas de nausées</p> <p>* Pas de changement physique au début (pas d'augmentation de la poitrine) ==> perturbant, difficile de se projeter en étant enceinte</p> <p>* Accouchement très cool, bien accompagné, Helena avait sa place</p>	<p>* Camille l'accompagnait à chaque RDV</p>

Vert clair = vécu de la grossesse et l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> * Bon vécu, passé vite * Distance ++ : 8 premiers mois de la G en école de police, rentra que les WE = vécu compliqué * G gémellaire bien accueillie par les 2 * Hospitalisation (tocolyse) : mise en arrêt pour être ensmble à l'hôpital, 1 semaine et demi ==> a du retourné à l'école après l'hospit, compliqué d'être loin et de ne pas pouvoir aidé * Accouchement : WS, AVB sous APD pour sa femme très bien, pour les petits moins bien, DR et intubation * N'a pu les voir pris direct, vu qu'à 2h de vie en couveuse, sa femme 6h après ==> vécu difficile * Bien préparé, savait qu'il y aurait du monde 	<p>1er =</p> <ul style="list-style-type: none"> * Accouchement en maison de naissance = permet de ne pas avoir ce rapport médical d'un hôpital * Très présentes l'une pour l'autre * Beaucoup de temps * Très cool, insouciant * PNP ensemble = tout faire à 2 * Ne se posait pas trop de questions, posait son cerveau * Actrice de l'accouchement, n'a pas eu l'impression d'être mise de côté, a l'impression d'avoir beaucoup oeuvré * Premières semaines : sur un nuage * Suivi LI : a pris RDV avec SF conseillère en lactation, conseils sur quels plantes aidents <p>2e =</p> <ul style="list-style-type: none"> * Beaucoup plus préparer à l'éventualité que cela se passerai mal, impression d'avoir eu de la chance pour le 1er 		<p>1er =</p> <ul style="list-style-type: none"> * Bien vécu, hormis l'allaitement avec du recul. N'a pas pu donner de biberons, Helena avait trop peur de casser son allaitement en donnant un biberon. * Pas bien vécu = assez excluant * Demande à 1 an d'arrêter AM, car quand seule avec bébé 1, impossible à calmer, car ne voulait que le sein. * Aurait voulu allaitement mixte, pour éviter cette situation * Impression de "mère invisible" : personne ne l'a vu enceinte, par exemple au travail => à son retour pas l'impression d'avoir changer de statut + tout le monde demande des nouvelles de la personne enceinte, perte de considération de l'autre * Inquiétudes aux yeu de la société : pour eux est-elle vraiment devenue maman ? * Phrases marquantes : "tu te sens plus papa ?" <p>2e =</p> <ul style="list-style-type: none"> * Vécu long, n'a pas aimé être enceinte * Déception à l'annonce du sexe * Helena très soutenante, douce, a assuré 	* Merveilleuse grossesse, se sentait vraiment très bien
Gris clair = 1ère tétée	<ul style="list-style-type: none"> * Faite par Louise, à 2h de vie, en néonatal, sans sa femme * A du avoir l'aval du pédiatre du service avant * Des 2 jumeaux. * Importante pour elle * A la base, cela devait être sa femme qui commençait, pour lancer sa lactation, devait la laisser faire les premiers jours, puis essayer après 	<ul style="list-style-type: none"> * Bébé 1 = "grande tétéeuse", "m'a tout de suite téter" * A tout de suite pris le sein, dès la 1e heure, quelques gouttes sont apparues * Sein droit = sein préféré 	<ul style="list-style-type: none"> * Les SF ne savaient pas trop comment faire, dans quel ordre le faire, plutôt conseillé de commencer par Jade, pour mettre en route son allaitement, puis de le faire avec Maud * Au final, Maud l'a mise au sein dans les premières heures, pendant qu'elle essayait de faire pipi * Très bien comme ça * Naturel * Ne se rappelle pas trop de la première TT 	<ul style="list-style-type: none"> * 1ère tétée par Lisa, puis très vite au sein de Helena * "Helena l'a mise au sein et c'était très beau" * Vite eu besoin de la récupérer pour donner un biberon => dur à vivre pour Helena, pleurs++ 	* Mise sur elle dès la naissance, comme prévue, juste après qu'elle soit née, magique
Gris foncé = découverte et projet LI	<ul style="list-style-type: none"> * Par hasard, par un podcast * 2 ans avant la grossesse, 	<ul style="list-style-type: none"> * Grace à Jade, via RS et podcast 	<ul style="list-style-type: none"> * Pendant 1e grossesse, en écoutant des podcast * Pour 1er bébé, envie de s'informer ++, connaître comment cela se passe * Temps ++, en plus grossesse pendant les confinements * A vu une photo de 2 filles qui allaient en même temps = lui vendait du rêve * Ecoute de témoignages * A l'époque, 1 seul site d'informations, difficile à trouver 	<ul style="list-style-type: none"> * Projet accepté tardivement pendant la grossesse : ressenti de "toi tu as déjà eu ton bébé, à mon tour". * Ambivalence : en début de grossesse : "ok tu pourras allaiter, pas de soucis", puis après prise de conscience, ressenti animal de possessivité ?, ne voulait plus ==> ambivalence liée à la mauvaise expérience de bébé 1 * Pas envie de décevoir l'autre car consciente de cette ambivalence * Helena a parlé de sa difficulté à se projeter, angoisse de devenir maman d'un bébé qu'elle ne porte pas ==> envie de l'aider : ok pour le projet de lactation induite * Au début : idée de "on verra plus tard", Helena pourrait débiter l'allaitement à la maison, une fois que tout était mis en place, un + * Découverte de la LI via un couple qui a témoigné lors d'une rencontre via une association, elles sont maintenant amies. * Renseignements ++ sur la Leche League 	<ul style="list-style-type: none"> * SFL pas très informé * Accompagnement à 3 : SFL, inf puer et médecin * Leche League * RS

Rose = ce qui plait dans la LI	<ul style="list-style-type: none">* Comme ne les avait pas porter, impression de s'impliquer autant que sa femme* Vu que jumeaux = aspect pratique +* Ca fait plaisir de voir que ça marche* Pouvoir nourrir ses bébés, sans ne les avoir portés* Extraordinaire* Créer du lien* Éviter le lait artificiel* "J'ai des seins faut bien s'en servir, ils sont là pour ça"	<ul style="list-style-type: none">* Idée d'expérience scientifique, par curiosité, plus qu'un besoin* Endormissement au sein, fonction de tétine* Apprécie le fait que son corps ai réussi à faire du lait* Réussi même si pas de rôle nourricier principal* Libre choix de savoir qui donne selon le contexte : par exemple quand Jade avait trop de lait, c'était plutôt elle qui allait donner le sein parce qu'il fallait qu'elle le vide, et Maud c'était plutôt quand elle pleurait et qu'il fallait endormir, par exemple* Impression que la LI est plutôt démocratisée = étonnement* Sensation de plaisir sexuel quand bébé est au sein, les premiers temps	<ul style="list-style-type: none">* Impression de répartition de charges* Notion d'expérimentation* Aide de chacune pour l'allaitement* Intéressant humainement* Comme une tétine pour calmer bébé 1, réconfort* Très bon souvenir, très joyeux* Pratique d'avoir Maud* Super émue de cette relation entre elles* Appréciait de les voir ensemble faire les tétés* Appréciait voir Sacha tiré son lait pendant la grossesse = tranquille avec son TL* De bons souvenirs* Permet à Maud de découvrir quelque chose de chouette	<ul style="list-style-type: none">* Une fois sortie de la période émotionnelle hormonale, où émotions très aigues, sentiment irrationnel de possessivité diminué, envie qu'Helena réussisse la LI* Envie que ça marche, frustrée* Culpabilité de ne pas avoir été plus tôt d'accord pour qu'elle allaite* Essai de l'encourager à fond* Trop contente que le nouvel essai ai fonctionné* Trop peur que cela marche que 1-2 fois comme à la naissance* Trop cool que maintenant elle l'allait* Complètement tranquille vis à vis de l'enjeu remis en question pendant la grossesse.* Helena aime tellement la maternité, allaiter = trop bien qu'elle puisse le faire avec bébé 2* trop bien qu'Helena ai l'opportunité de donner quelque chose par son corps* Trop stylé de pouvoir dire à son enfant que maman 2 lui a donné le sein* Contente que bébé 2 reçoive du lait maternel	<ul style="list-style-type: none">* Beau de pouvoir partager l'allaitement* Belle découverte* Curiosité des autres, sans jugement* Pratique ++ : la nuit* Chouette de trouver leur place à 2* Contente d'avoir tenu 2 mois* Cool de pouvoir partager à deux leur expérience d'allaitement (se conseiller ect)* Partage du rôle de maman ensemble* Bien de voir que parfois Lola ne faisait aucune différence entre les deux* Voyait Camille épanouie dans cette allaitement* Vraiment reconnue comme maman aux yeux des soignants* Double quantité d'anticorps vu que 2 LM différents* Gratifiant de voir qu'elles participaient toutes les deux au fait que leur fille se porte bien, grandisse bien* Partageait des choses entre elle* Trop cool pour Lola qu'elle est évquée ça => création de bons souvenirs pour elle
Rouge = protocole/organisation	<ul style="list-style-type: none">* Protocole Newman en accéléré = en 1 mois* Pilule Jasmine* Dompéridone : 90mg/j (MIMIG/S) à prendre jusqu'à l'arrêt de l'allaitement* TL : 8x/j même la nuit* Pleine de lait au moment de la naissance, a eu des premières gouttes au bout d'1 semaine de ttt => "très rapide"* Les quantités augmentaient de jour en jour => "matrifiée" par les quantités* A la base, cela devait être sa femme qui commençait, pour lancer sa lactation, devait la laisser faire les premiers jours, puis essayer après* Finalement : tout de suite 1 bébé sur 2 ==> cela leur allait bien, surtout la nuit	<ul style="list-style-type: none">* Soit je ne le fais pas, soit je le fais vraiment à fond* Début : 2 mois avant que Bébé 1 naisse* Pas de protocole médicamenteux, pas envie de médicaliser l'allaitement, de se rouiller la santé, ou celle du bébé* Pas nécessaire* TL 8x/j pendant 20 minutes* "épique"* Prise de graines germées, données par les SF, tisanes, poudre de Moringa* Continuai de tirer après la naissance, espoir d'avoir une montée de lait (n'a pas été le cas)* Regret sur le fait d'avoir fait autre chose (livre) pendant la stimulation, plutôt que de la méditation par ex.	<ul style="list-style-type: none">* En a parlé à la SF de maison de naissance = aide ++, conseils, sur quels alternatives médicamenteuses prendre ==> senties soutenues, sans jugement, pas de résistances* Question du réel apport nutritionnel pas abordé en début de projet	<ul style="list-style-type: none">* Projet pas figé : "tu peux tirer ton lait, et selon comment je le sens, lui donner de temps en temps"* Assez tard dans la grossesse donc pb de timing pour faire le protocole Newman en entier* Helena continuait à tirer après la naissance, "chaude (courageuse)", au début il n'y avait rien.* Nine ne prenait pas trop le sein* Production qui n'augmentait pas beaucoup, bébé 2 ne voulait plus trop le sein* Au bout de 4-5 semaines, ressaie de donnér le sein : réussite, depuis continue de donner le sein	<ul style="list-style-type: none">* Protocole Newman* Lait produit avant la naissance : sensation d'effiscience, contentes ++* A la naissance : Lola pouvait choisir le sein qu'elle voulait selon la quantité* Avant la naissance :<ul style="list-style-type: none">* Conseil de la SFL : lancer sa lactation puis après mettre au sein de Camille, attendre au moins 24h après la naissance* Que Camille soit là pour après lancer elle sa lactation* A la naissance :<ul style="list-style-type: none">* Au final au bout de qlq heures, on essayer de mettre au sein de Camille, et ont réussi* Vu avec le médecin de faire une écho cardiaque toutes les deux semaines
Bleu foncé = arrêt de la LI	<ul style="list-style-type: none">* Durée = 1 mois* Cause = reprise du travail : impossible de pouvoir tirer* Engorgement* Sans le travail, elle allaiterait encore* Sa femme a allaité 9 mois* Arrêt à contre cœur, en a pleuré	<ul style="list-style-type: none">* Durée = 1 mois et demi* Bébé 1 ne voulait plus le sein, rejet du sein* "oh bah si c'est comme ça j'arrête"* Moins intéressant que Jade en terme de quantité, Jade avait +++ de lait, "à quoi bon forcer, alors qu'il y a une fontaine à côté"* Soulagement de ne plus avoir besoin de stimuler* Déception de ne pas avoir réussi à faire "beaucoup" de lait	<ul style="list-style-type: none">* Arrêt avec le rejet, bébé 1 qui ne tète plus* Pas trop perturbé	<ul style="list-style-type: none">* Allait encore	<ul style="list-style-type: none">* Transformation en contrainte avec la reprise du travail, pas l'objectif donc stop* Ne pouvait pas reprendre la pilule qu'elle prenait pour calmer son endométriose

Turquoise = lien mère/enfant	<p>* L'AM a eu un impact sur le lien</p> <p>* Se posait beaucoup de questions sur le lien, vu qu'elles ne les avaient pas portés</p> <p>* Capacité à pouvoir les nourrir avec son corps</p> <p>* Ressenti différent d'un AA</p> <p>* "Nourrir avec ce qu'on produit nous, c'est magnifique"</p>	<p>* Si elle était un homme, et qu'elle n'avait pas pu essayer cette expérience là, cela lui aurait manqué</p> <p>"Le fait d'y penser 8 fois par jour pendant la grossesse, permettait de tout le temps y penser"</p> <p>* Ne l'a pas fait pour bébé 2 => parfois ne réalisais pas d'un bébé arrivait = aide à plus rentrer dans le projet bébé</p> <p>* Moment particulier qu'à 2</p>	<p>* Sympa pour Maud = permet de créer du lien</p>	<p>Pour les 2 : soulagement quand adoption plénière est passée</p> <p>1er =</p> <p>* Fonction nourricière lui a manqué</p> <p>* Image "je vais donner à manger à mon enfant" (nouveau né)</p> <p>* Sentait que quelque chose ne convenait pas</p> <p>* Déjà pas évident de devenir maman d'un enfant qui n'a pas ses gênes, qui n'a pas été dans son utérus (sur le moment, ne le ressentais pas, l'a ressenti avec 2e grossesse)</p> <p>* Difficulté à se sentir légitiment mère de bébé 1</p> <p>* La maternité s'approprie</p> <p>* Implication par les bain, couper les ongles, accompagnement d'Helena dans son allaitement.</p> <p>2e =</p> <p>* Persuadée qu'il n'y aurait pas de différence mais il y en a eu ==> pas amour qui est différent, mais ce n'est pas le même lien</p> <p>* Pour Helena : dur de ne pas l'avoir porter, sentie exclue quand biberon</p> <p>* Hyper important pour l'une et l'autre, que l'autre se sente bien maman, vu qu'aucune d'elle ne s'était imaginé devenir maman d'un enfant qu'elle n'a pas porté</p> <p>* En ayant porté = moins besoin de prouver sa légitimité</p> <p>* Ce bébé 2 répartit mieux les rôles, même pied d'égalité</p> <p>* Cela apporte à Helena quelque chose de positif dans sa maternité qui ne serait pas la même que si elle n'avait pas fait la LI.</p>	<p>* Camille = aide ++ à trouver sa place de mère</p> <p>* Aux yeux des autres : a permis de se justifier</p> <p>* Au sein de leurs familles</p> <p>*Camille a compris que sa place était tout aussi importante que celle de Marine</p> <p>*Même si elle n'a pas porté, autant mère que Marine, Camille ressentait autant les choses que Marine</p>
Kaki = réticence points négatifs	<p>* Sa conjointe n'était pas "pour" le fait qu'il y ai des médicaments</p> <p>* Du mal à trouver un praticien qui prescrive le traitement, peu de praticien qui connaissent cette pratique</p> <p>* Professionnels réticents :</p> <p>"comment ça se fait que vous pouvez allaiter vous ? ==> impression de devoir lutter</p> <p>* "Cela ne se fait pas madame, ce n'est pas possible, cela n'existe pas"</p> <p>* Entourage réticent : pourquoi allaiter alors que celle qui porte peut le faire (une fois qu'ils l'ont vu allaiter, c'était plus naturel pour eux)</p>	<p>* Moment du rejet plus difficile : pleurs au sein, cambrure en arrière</p> <p>* Cela prend beaucoup de temps</p> <p>Ne veut pas refaire car :</p> <p>* Jade débordait de lait</p> <p>* Son corps lui disait "pourquoi diable faire ça"</p> <p>* N'a jamais voulu accoucher, ni avoir d'enfant, donc peut être que pas non plus envie de faire du lait</p> <p>* Demande beaucoup de temps</p>	<p>* Finalement, pas trop impression de décharge mentale vu que pas allaitement "nutritionnel"</p> <p>* Beaucoup de travail pour Maud, beaucoup d'énergie, réveils nocturnes..</p> <p>* Besoin de temps ++</p> <p>* Moins de temps libre avec un 1er bébé devant</p> <p>* Pas très agréable pour Maud quand il y a eu le rejet</p> <p>* TL non remboursé</p> <p>Ne veut pas refaire car :</p> <p>* Questionnement sur le sens réel vu qu'elle avait déjà plein de lait</p> <p>* Rejet => plus de sens du tout</p> <p>* Plus simple si médicament => pas leur souhait de médicaliser l'allaitement</p>	<p>* Problème de l'endormissement au sein avec Helena : quand elle n'est pas là, elle se sent en difficulté pour l'endormir. C'est à Helena de gérer ça, ne veut pas le subir. = Dépendance que peut créer l'allaitement au sein.</p>	<p>* Contrainte de tout "l'à coté" : écho cardiaque, suivi médical ++</p> <p>* Lourd et contraignant avec la reprise du travail</p> <p>* Réveils nocturnes</p> <p>*Ne pouvait pas reprendre la pilule qu'elle prenait pour calmer son endométriose</p> <p>*Mal au cœur des deux quand Lola préférait l'une ou l'autre</p>

	entretien 6 - Agathe	entretien 7 - Elsa	entretien 8 - Caroline	entretien 9 - Amélie
Jaune = contexte	<ul style="list-style-type: none"> * 37 ans, en couple depuis 7 ans, rencontre au travail * Infirmière * Habite en Nouvelle Calédonie depuis 6 ans * 1 enfant qu'elle a porté 	<ul style="list-style-type: none"> * 30 ans, en couple depuis 7 ans * Infirmière libérale * Habite en Nouvelle Calédonie depuis 6 ans * A toujours été avec des hommes jusqu'à Agathe * 1 enfant qu'elle n'a pas porté = a fait la LI 	<ul style="list-style-type: none"> * En couple depuis 7 ans, a rencontré Caroline en 2016 	<ul style="list-style-type: none"> * En couple depuis 7 ans
Bleu cyan = création projet d'enfant	<ul style="list-style-type: none"> * Renseignement sur ce qui était possible de faire proche de la Calédonie (NZ) : pb de budget : ne voulait pas "faire un crédit" pour avoir un enfant donc après discussion insémination artisanale par un ami d'ami, qu'elles ne connaissaient pas. Claires sur le fait qu'elles cherchaient un géniteur et non pas un père. Que si bébé en étant plus grande, avait des questions sur ses origines, qu'elles seraient honnêtes. Aujourd'hui peu de contact avec lui. 	<ul style="list-style-type: none"> * Envie d'avoir des enfants depuis ses 15 ans, sujet dès le départ de la relation * Relation avec une femme = inconnu pour elle = pleins de questions, d'interrogations, remise en question * Fait que Agathe est 8 ans de plus * NC donc pas si simple = à 24h de la métropole, très cher de rentrer, Australie/NZ : très cher de faire un enfant ==> ne pouvait pas avoir l'impression d'acheter un enfant : souhait n°1 : PMA en Europe, puis souhait n°2 après proposition : insémination artisanale par un ami d'ami. * Insémination artisanale : jamais songé, car ne pensait pas trouver quelqu'un, ne pensait pas que cela marcherait * IA avec quelqu'un qu'elle ne connaissait pas * Cherchait un géniteur pas un père * Notion de rien à perdre, tout à gagner * Choix de qui porte ? Naturellement, Agathe + agée, et Elsa avec pb gynéco qui ne permettaient pas de porter bébé dans de bonnes conditions. 	<p>Vision du projet d'enfant/projet de maternité dans le passé</p> <ul style="list-style-type: none"> * Toujours dit qu'elle ne voulait pas d'enfant = en fait ne voulait pas porter d'enfant, pas adopter non plus * Mauvais rapport au corps enceinte, et à la grossesse en général, vis-à-vis de soi, rien qui ne l'attire dans la grossesse, quasi dégoût <p>Leur projet d'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Plutôt rapide, envie de situation stable avant de commencer, clinique en Espagne * ROPA : don d'ovocyte pour Amélie * Envie de "partage au maximum" * La + agée du couple, donc elle qui commençait à faire le don d'ovocytes 	<ul style="list-style-type: none"> * Ont parlé assez vite ensemble de leur ambition de créer une famille : Caroline ne voulait pas d'enfant, ne voulait surtout ne pas les porter, peur de l'impact sur son rythme de vie * Amélie a toujours rêvé d'avoir des enfants, toujours rêvé d'être enceinte, pas envie de partager la charge de la grossesse, pas un poids pour elle * N'a pas eu peur de la jalousie que cela pouvait emmener entre elle <p>Leur projet : ROPA => pour qu'on ne puisse pas remettre en question leur famille, biologiquement.</p>
Vert foncé = déroulé théorique de la grossesse et l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> * Nausées * Bon déroulé de la grossesse, assez facile * A travaillé jusqu'au bout * Haptonomie : exercice refait en SDN * Accouchement rapide pour un premier, bien soulagée par APD, après la poussée, trop bien passée 	<ul style="list-style-type: none"> * Nausées, "relou" pendant les 3 premiers mois * Bien passée * Accouchement : un maximum à la maison, puis AVB sous péric, assez rapide, tout le monde allait bien 	<ul style="list-style-type: none"> * Plutôt bien passé * Frayeur au début = décollement = peur de perdre la grossesse <p>Accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Accouché par le gynéco qui suivait Amélie * Projet physio ++, avec le moins de médicalisation * Au final, besoin d'APD et déclenchement synto * Hémorragie du PP 	

Vert clair = vécu de la grossesse et l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> * Bon vécu, a permis d'être dans une bulle à 2, de très bon souvenir * Un bel accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> * Très bien vécue, ne pouvait pas rêver mieux * Agathe radieuse 	<p>Frayeur au début = décollement = peur de perdre la grossesse Période stressante car bcp de projet en même temps, concentrée sur pleins d'autre chose</p> <ul style="list-style-type: none"> * À l'acc : a pu accompagner ++ Amélie dans la douleur, s'est sentie incluse * Stressait ++ 	<ul style="list-style-type: none"> * Début stressant : peur de la fausse couche * A eu la pêche toute la grossesse, est restée active * Bon souvenir de l'accouchement, malgré l'hémorragie * Surtout sentiment de honte dû à la perte de contrôle
Gris clair = 1ère tétée	<ul style="list-style-type: none"> * Faite par Agathe, car début fait par Agathe à la maternité, pour qu'elle puisse mettre en place son allaitement, et après mettre en place l'allaitement d'Elsa. 		<ul style="list-style-type: none"> * Gabriel mis au sein tout de suite sur Amélie puis hémorragie donc l'a récupéré dans les bras, et a pu le faire téter * Trop chouette, besoin de réconfort ensemble, tous les deux 	<ul style="list-style-type: none"> * Mis au sein tout de suite sur elle * En "branchement direct" pendant tout le séjour à la maternité, rarement dans son berceau
Gris foncé = découverte et projet LI	<ul style="list-style-type: none"> * Découvert pendant la grossesse en se renseignant * Elsa ayant des soucis gynécos, pas sûre de pouvoir porter une grossesse un jour, donc voulait au moins tester le projet d'allaitement * Co-allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> * Après discussion avec une amie sur les femmes en Afrique qui allaitent, alors qu'elles n'ont pas porté ==> recherche : protocole newman 	<ul style="list-style-type: none"> * Projet de LI : ne pas mettre au sein Gabriel les 3 premiers jours pour permettre ML d'Amélie * Ne sait plus les circonstances de découverte de la LI, mais savait avant la grossesse que c'était possible, en a parlé à la SF, qui connaissait et avait déjà accompagné un couple dans l'année précédente * Internet * Autodidacte 	<ul style="list-style-type: none"> * Ne pensait pas que Caroline serait partante * Internet, RS, couple américains qui parlait de son expérience * A connu en même temps que la ROPA
Rose = ce qui plaît dans la LI	<ul style="list-style-type: none"> * But = avoir cette histoire à partager à deux, et de tout faire à deux. * Faciliterai l'équilibre familial * Partante dès le début * Permettrait à Elsa de se sentir davantage impliqué, dans cette grossesse peu commune * Avantageux : pratique à la reprise du travail, Elsa pouvait prendre le relai au sein à la maison, pendant qu'elle tirait son lait au travail. * Hate qu'elle donne : reconnaissance après ce travail acharné * Beau moment, qui fait plaisir * Projet commun * 1ère mise au sein marquante * Fière de l'avoir fait, d'avoir réussi * Sentie soutenue * Tout le monde disait que c'était pratique * Pratique dans l'avion ++ : de pouvoir passer d'un bras à l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> * Expérience trop géniale * Pas de regret de l'avoir fait * Soucis gynéco (papillomavirus stade 3) qui ont fait qu'elle ne pouvait pas porter d'enfant dans son ventre, mais au moins vécu de l'allaitement * Chose qu'elles voulaient vivre toutes les 3 * Pratique ++ dans l'avion, en voiture = le sein était son doudou * Fou de pouvoir allaiter à 2 * Plus de temps "libre" * Pouvait toutes les 2 répondre pleinement aux besoins de Noa * Trop chouette, génial * Voulait commencer le lait artificiel le plus tard possible 	<ul style="list-style-type: none"> * Lactation plus douce : impression d'être le doudou, aidait vis à vis du REF d'Amélie * Facilitant d'être deux, niveau organisationnel * Vis-à-vis du lien mère/enfant * Partage de la charge * Faire sa part * Don de soi * Autonome vis-à-vis de la fonction nourricière, même si Amélie n'est pas là, "je peux nourrir mon enfant" (corrélé au fait qu'il ne prenait pas le biberon) * Trouvait ça "badass" de pouvoir allaiter sans avoir porter * Implication vu qu'elle n'a pas porté "ça ne veut pas dire que mon corps sert à rien" * Réconciliation avec son corps : n'a jamais voulu avoir de seins = inutile => au final "mon corps fait des trucs très chouette" * Pratique le fait d'être deux pour allaiter * Curiosité des autres, hyper positifs, hyper pratique. * Montrer qu'il y a une autre manière d'être parent 	<ul style="list-style-type: none"> * A permis à Caroline de se réapproprier son corps : rapport au corps hyper positif grâce à l'allaitement * Fierté de voir que ça marche * Concrétisait tout le travail fait pendant la grossesse par Caroline * Permettait de concrétiser l'arrivée d'un enfant, même si elle y arrivait grâce à son travail * A permis à Caroline de faciliter son rapport au lait * Aide au partage de la charge alimentaire surtout la nuit (le voit ++ là avec le rejet en ce moment) * Permet d'inclure Caroline le + possible * A aidé à sa relation avec les bébés * Pendant l'hémorragie, elle savait que son bébé était entre de bonnes mains, qu'elle allait allaiter de toute façon * Rassurant ++ d'avoir une deuxième maman allaitante * Charge mentale partagée

<p>Rouge = protocole d'organisation</p>	<p>* Co-allaitement * Protocole Newman : TL 6 à 7x/j, 1 mois et demi avant l'accouchement * A chaque fois que l'une ou l'autre donnait le sein, il fallait que l'autre tire pour continuer de stimuler. * "Si ça marche tant mieux, sinon c'est pas grave" = pas de pression * Hate qu'elle donne : reconnaissance après ce travail acharné * Tout était fait à 2 : les réveils nocturnes à 2, partage des tâches (vaisselle du TL) * Pas d'organisation précise : au feeling, qui donne ? * Règle unique : pendant que l'une donne, l'autre tire</p>	<p>* Protocole Newman : prise de pilule + dompéridone * Doses croissantes de dompéridone TL : 6 à 7 fois par jour, nuit comprise à partir de 2 mois avant la naissance * Agathe se levait la nuit aussi en même temps * Toute la période à la maternité, Agathe allaitait, pour prioriser son accouchement, pendant ce temps, Elsa tirait * Quand l'une donnait l'autre tirait * Quand tout était mis en place, Elsa a pu commencer, elles faisaient au feeling * Toujours tout fait à 2</p>	<p>* Protocole Newman : pilule, dompéridone, TL * Très assidue sur le protocole, c'était mise une pression ++ * Gynécologue très flexible, qui faisait confiance et faisait juste les ordonnances nécessaires</p>	<p>* S'organisait selon les besoins de Gabriel, selon la quantité qu'il voulait, il choisissait le sein qu'il voulait</p>
<p>Bleu foncé = arrêt de la LI</p>	<p>* "C'était le moment", pas de violence dans l'arrêt, fluide, très bien fait</p>	<p>* Jusqu'à la reprise du travail en septembre (9 mois), de moins en moins de lait parce que de moins en moins de stimulations * Agathe a continué jusqu'à 1 an * Arrêt très naturellement, aucun moment de galère * Bébé n'a jamais exprimé le manque du sein * Pas eu spécialement de "coup de mou" ou de "besoin de faire le deuil de l'allaitement"</p>	<p>Allaite encore, ne veut pas que cela s'arrête tout de suite, déception si cela s'arrête même si fière d'avoir déjà tenue 7 mois.</p>	
<p>Turquoise = lien mère/enfant</p>	<p>* Avoir ce lien privilégié à 2 : qu'il n'y est personne sur la touche, car avec un allaitement, compliqué pour la 3e personne de trouver sa place * Relationnel : tout aussi fusionnel avec l'une que l'autre * Grâce à ça qu'Elsa a trouvé sa place = peur de ne pas être aimé du fait de ne pas l'avoir porté, impression d'être la pièce rapportée, de n'avoir aucune attache pour bébé.</p>	<p>* Initialement : veut un enfant depuis toujours, vu que toujours avec des hommes, jamais imaginé maman sans porter son enfant * Appréhension sur le fait de ne pas trouver sa place = pas d'appréhension sur le fait qu'Agathe lui laisserai de la place * SF "pas cool" a eu des mots forts, qui l'ont fait douter. Déjà que doute ++, mais là avait peur de quel lien elle allait pouvoir créer, est ce qu'elle allait trouver sa place ? Est ce que le lien allait se faire différemment d'Agathe ? ==> doute rassuré à la naissance = cela se fait très bien, même lorsqu'on ne porte pas l'enfant * En allaitant à 2 : trouvait carrément sa place, jamais sentie mal à l'aise, "son enfant tout de suite", pas poser de questions, Agathe lui laissait de la place aussi => ne sait pas si c'est la LI forcément qui a engendré cela * Elle se serait sentie de côté si elle ne l'avait pas faite, car elle n'aurait pas pu caler elle même la sensation de faim de bébé * Equilibre trouvé * En fusion à 3 : toutes essentielles, mais pas indispensables</p>	<p>Aidant vis-à-vis du lien : investissement pendant la grossesse, même si lui parlait, tout cela n'était pas concret, donc permettait de concrétiser via le protocole Permet de "ne pas mettre les pieds sous la table"</p>	
<p>Kaki = réticence points négatifs</p>	<p>* Difficulté car peu de gynéco connaissaient ce protocole, surtout en NC. * Agathe avait plus de lait que Elsa : plus difficile pour Elsa, moment de solitude * Protocole contraignant, travail acharné, TL 6 à 7 fois par jour, même la nuit ==> besoin de motivation +++ * Méconnaissance des pro de santé : regard jugeant "qu'est ce que c'est?", apprentissage aux équipes de l'existence de la LI * Manque de pratique et de connaissance de la part des équipes * Pas d'accompagnement, aucun suivi * Sensation d'être des bêtes de foires * Statut d'infirmières = les équipes étaient leurs collègues = gênant * Famille = beaucoup de "codes brisés" (homosexualité, grossesse, allaitement) = difficile à accepter le coming out, donc cacher au père d'Elsa * 1er regard difficile des autres sur le terme de "co-allaitement" * Règle unique : pendant que l'une donne, l'autre tire: contraignant * Elsa comparait ++ les deux allaitement : compliqué de voir qu'elle avait moins de lait</p>	<p>* "faut être motivées franchement" * Fatigue ++ avec les réveils nocturnes pour TL pendant la grossesse, avec le travail * Doute ++ sur est ce que cela va marcher, est ce qu'il va y avoir du lait, suffisamment * Se cachait au départ au travail pour TL * Destiner aux mères soutenues : besoin d'une organisation, Agathe était d'un soutien permanent, pas pareil si mère célibataire * Création d'une dépendance au sein = difficulté d'introduction des biberons * Pas assez de lait au moment des pics de croissance => limite de sa LI * Méconnu = personnel médical réticents, peu de gens qui s'y connaissent,</p>	<p>* Mauvaise réaction à la dompéridone : bradycardies => doute sur le fait de continuer ou pas le projet de LI * "Mort subite" évoqué par les médecin, peu rassurant * Frustration lors du rejet de Gabriel pour elle, avec le fait qu'il grandisse, donc besoin augmenter, donc rejet en ce moment * Bcp de questions pendant la grossesse sur le lien qu'elle aura avec son bébé : comment vas-tu réussir à ne pas juste être le "parent bis", vas-tu réussir à te sentir parent ? * Besoin de temps * Douleur au début</p>	<p>* Rejet de l'une ou l'autre : difficile à vivre * Impression d'être inutile, préférence face à l'autre * Frustration quand il prend l'une ou l'autre * Impression de ne pas réussir à répondre à ses besoin alors qu'elle l'avait porté => concurrence ? * Grosse frayeur avec la mauvaise réaction à la dompéridone * Contraignant ++ même la nuit</p>

Annexe 4 : Synopsis



PROTOCOLE DE RECHERCHE Résultat de l'enquête exploratoire



Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux
Site Bourg en Bresse

Auteur : VARRAUD Anaëlle	Date de ce synopsis : 31/01/2024
Directeur de recherche : Sage-femme sociologue : Céline PUILE ? Virginie DESCOUTURES <input checked="" type="checkbox"/> envisagé <input type="checkbox"/> confirmé	
Titre provisoire : Influence de la lactation induite des couples lesbiens dans leur coparentalité	
Constat / Justification / Contexte / Problématique : Lors d'un stage de consultation en cabinet de sage-femme libérale, j'ai suivi un couple lesbien en projet de lactation induite. Parmi les couples homosexuels, certains pratiquent la lactation induite et d'autres non : on se demande alors pourquoi certains couples ressentent le besoin de le faire ? Aujourd'hui, avec l'ouverture sur la pratique de la PMA, le suivi de grossesse d'une femme homosexuelle est de plus en plus d'actualité. Ainsi, des questions concernant les différents projets d'allaitement dans leur couple, dès l'arrivée du futur enfant peuvent exister. Les futures sage-femmes que nous sommes, se doivent alors de pouvoir comprendre ces couples, et les aider au mieux pour concrétiser leur projet. Parmi les couples pratiquant alors cette lactation induite, se pose alors l'intérêt de cette pratique sur la reconnaissance de leur parentalité, savoir en quoi pratiquer la lactation induite permet alors de se sentir parents, à être reconnu parent. ⇒ Comment la pratique de la lactation induite dans un couple lesbien redéfinit-elle les frontières de la coparentalité ?	
Cadre conceptuel, données de la littérature : <input type="checkbox"/> Médical <input checked="" type="checkbox"/> Sociologique <input type="checkbox"/> Autre Lors d'une grossesse pour un couple lesbien, il peut être possible pour la mère ne portant pas l'enfant, dite la mère « sociale », d'allaiter l'enfant. On parlera de lactation induite. Le principe de la lactation induite repose sur un traitement combiné entre la prise d'une pilule oestro-progestative, ainsi que de la dompéridone. (1) Il est possible que la question de la parentalité puisse être un bouleversement dans un couple homosexuel, puisqu'il y a la confrontation entre les deux femmes à savoir qui sera la mère porteuse du futur enfant : celle qui serait alors convaincue de sa place de mère. Tandis que la mère « sociale » aurait naturellement plus de difficultés à s'identifier comme mère de l'enfant, ne l'ayant pas porté elle-même. Un premier bouleversement se dresse alors dès le choix de savoir qui porte l'enfant ou non. (2) Physiologiquement, la mère « sociale » peut alors avoir la possibilité d'allaiter. On sait que l'allaitement compose un rôle essentiel dans l'établissement du lien mère/enfant. (3) On sait cependant, que le choix vers une alimentation au sein, peut dépendre de plusieurs facteurs sociaux tels que la catégorie socioprofessionnelle ou encore le niveau de diplôme. (4) La mère « sociale » est alors impliqué dans l'alimentation de l'enfant, et lui permet de jouer un rôle fondamental dans cette coparentalité. On peut alors se poser la question de l'intérêt de cette pratique dans leur couple et dans leur vision de leur coparentalité.	
Objectif(s) de recherche : <ul style="list-style-type: none">- <i>Principal</i> : Comprendre l'émergence de la lactation induite chez les couples lesbiens- <i>Secondaire</i> :	
Méthodologie / Schéma de la recherche : <input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif <input type="checkbox"/> Quantitatif	
Trame d'entretien si recherche qualitative : <ul style="list-style-type: none">- Parlez-moi de votre choix concernant l'allaitement- Racontez-moi comment s'est fait ce choix- Racontez-moi ce que cela vous a fait vivre- Que tirez-vous de cette expérience ?	

Population cible et modalités de recrutement :

- Couples lesbiens pratiquant ou ayant pratiqué la lactation induite

Modalités de recrutement :

- Forum Leche League France : beaucoup de couples témoignent leur expérience et leur questionnement sur ce forum
 - Réseaux sociaux
 - Méthode de l'effet boule de neige avec couples m'ayant déjà recontacté
- ⇒ Entretiens possibles par visioconférence

Critères d'inclusion :

- Couples lesbiens pratiquant la lactation induite
- Couples dont l'une des deux mères a porté l'enfant

Critères de non-inclusion :

- Couples adoptants
- Couples ayant projet de lactation induite mais projet n'ayant pas abouti

Critères de sortie d'étude :

- Entretien lacunaire

Nombre de sujets nécessaires : 10 à 12 entretiens, jusqu'à saturation des données

Durée de l'étude et calendrier prévisionnel : de juin à octobre 2024

Lieu de la recherche :

- ☐ Monocentrique ☒ Multicentrique : dans toute la France

Justifiez de ce choix : pour la faisabilité de l'expérience afin d'avoir un maximum de sujets, population assez rare, besoin de plusieurs témoignages dans toute la France

Retombées attendues :

- Reconnaissance de la lactation induite auprès des couples et des professionnels
- Savoir gérer, personnellement dans ma pratique professionnelle, la prise en charge des couples lesbiens au projet de lactation induite

Aspects éthiques et réglementaires :

- ☐ RIPH3 (MR-003)
- ☒ Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH)
 - ☐ Interne
 - ☒ Multicentrique (MR-004)
- ☒ Fiche information préalable
- ☒ Renseigner registre de traitement des données
- ☒ Signature engagement confidentialité

Promoteur :

- ☒ CHB
☐ autre :

Autres accords à recueillir :

- ☐ cadre
☐ chef de service
☐ DIM

Références bibliographiques :

1. Newman J. La Lactation Induite [Internet]. International BreastFeeding Centre. 2018 [cité 18 nov 2023]. Disponible sur: <https://ibconline.ca/induced-fr/>
2. Naziri D, Dargentas M. La parentalité dans un couple lesbien : enjeux et questionnements. Cahiers de psychologie clinique. 2011;37(2):226-7.
3. Legouais S, Costiou AM. Allaitement et relation mère-enfant. Sages-Femmes. 1 sept 2022;21(5):38-42.
4. Gojard S. L'allaitement, une norme sociale. Spirale. 2003;27(3):133-7.

Mots clés : lactation induite, vécu, lesbiens, parentalité, homosexualité, difficultés, sociologie de l'allaitement maternel

Auteur : VARRAUD Anaëlle	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : Influence de la lactation induite des couples lesbiens dans leur coparentalité	
<p>Résumé :</p> <p>Introduction – L'AMP en plein essor, permet aux couples homosexuels d'accéder à la parentalité plus facilement. La lactation induite s'inscrit dans une redéfinition des rôles parentaux au sein des couples lesbiens. L'étude tient à comprendre la manière dont la lactation induite redéfinit les normes parentales, au sein de ces couples.</p> <p>Objectif – Comprendre le vécu de la lactation induite chez les couples lesbiens.</p> <p>Méthode – Étude qualitative descriptive basée sur neuf entretiens semi-dirigés auprès des femmes lesbiennes pratiquant ou ayant pratiqué la lactation induite. Elle s'est déroulée d'août à décembre 2024.</p> <p>Résultats – L'étude met en évidence que le corps devient un vecteur de légitimité parentale pour les femmes engagées dans une lactation induite. Elles affirment cette légitimité à travers l'expérience corporelle, le droit ou encore la proximité avec l'enfant. De plus, cette pratique redéfinit l'organisation des familles lesboparentales en influençant la répartition des rôles et les dynamiques du quotidien, souvent ancrées dans un schéma hétéronormé.</p> <p>Conclusion – L'exploration approfondie des perceptions des professionnels de santé face à la lactation induite pourra aider à mieux comprendre les enjeux de formation, de sensibilisation et d'acceptation de cette pratique au sein du milieu médical.</p>	
Mots-clés : lactation induite, vécu, lesbien, parentalité, homosexualité, difficultés, sociologie de l'allaitement maternel	

Title : Influence of induced lactation of lesbian couples in their coparenting
<p>Introduction – Assisted reproductive technology (ART), which is rapidly expanding, allows homosexual couples to access parenthood more easily. Induced lactation is part of a redefinition of parental roles within lesbian couples. This study aims to understand how induced lactation reshapes parental norms within these couples.</p> <p>Objective – To understand the experience of induced lactation in lesbian couples.</p> <p>Method – A qualitative descriptive study based on nine semi-structured interviews with lesbian women who are currently practicing or have practiced induced lactation. This study was conducted from August to December 2024.</p> <p>Results – The study highlights that the body becomes a vector of parental legitimacy for women engaged in induced lactation. They assert this legitimacy through bodily experience, legal recognition, and closeness with the child. Furthermore, this practice redefines the organization of lesbian-parented families by influencing role distribution and daily dynamics, which are often embedded in a heteronormative framework.</p> <p>Conclusion – A deeper exploration of healthcare professionals' perceptions of induced lactation could help improve understanding of the challenges related to training, awareness, and acceptance of this practice within the medical field.</p>
Key words : induced lactation, experience, lesbian, parenthood, homosexuality, difficulties, sociology of breastfeeding